

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**COMO OS ADOLESCENTES CONCEPTUALIZAM SAÚDE E
DOENÇA:**
**COMPREENDER AS CONCEÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA, EM ALUNOS DO TERCEIRO
CICLO, ATENDENDO À INFLUÊNCIA DO CONTEXTO ESCOLAR E DA IDADE**

Ana Rita Cabral Ferreira
outubro, 2011

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
na área de especialização em Clínica e Saúde, Faculdade de
Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto,
orientada pela Professora Doutora Marina Serra de Lemos

(F. P. C. E. U. P.).

Resumo

Sendo a saúde um conceito de todos os dias e para todos os indivíduos, ao longo dos tempos, o seu estudo tem assumido importante prevalência. A medicina foi a disciplina que primeiro viu necessidade na definição e estudo das concepções de saúde, mas rapidamente as ciências sociais ganharam destaque nesta área por este não ser mais um conceito biomédico mas holístico, que abarca aspetos psicológicos e emocionais. Por existir uma forte relação entre as concepções que temos sobre estar saudável e doente e os comportamentos de saúde, no presente estudo pretendeu-se estudar as concepções de adolescentes com vista a caracterizar estas concepções, mas também a analisar a existência de influências da idade e do contexto escolar. Com efeito, estes dois tipos de fatores têm sido acentuados pela perspetiva desenvolvimental e contextual, respetivamente, como os principais determinantes das concepções de saúde e doença. Assim, o presente estudo contribui também para o progressivo esclarecimento do papel de tais fatores na formação das concepções de saúde e doença. Para tal, participaram 132 estudantes, 80 da escola A e 52 da escola B, sendo 55 do género masculino e 77 do género feminino, e 30 do 7º, 33 do 8º e 69 do 9º ano de escolaridade. Para a recolha dos dados utilizaram-se os seguintes instrumentos: a) grelha de análise do contexto escolar, construída para este estudo, com o objetivo de classificar as escolas em termos de ações para a saúde, b) um questionário sócio demográfico e c) a técnica do desenho e escrita (Williams, Wetton & Moon, 1989). Os resultados evidenciaram concepções complexas e holísticas de saúde e doença. Contudo encontraram-se diferenças estatisticamente significativas mediante o género e idade das crianças e o nível socioeconómico dos cuidadores. Por fim, concluiu-se que o contexto escolar parece influenciar estas concepções, tal como previsto com base na literatura. Os resultados permitiram também definir novas pistas para investigações futuras, numa área que tem merecido cada vez mais destaque.

Palavras – chave: Conceção de doença e saúde, influência contextual, influência da idade

Abstract

Being health an every day and every individual concept, throughout time, its study has become more and more important. Medicine was an area that saw the need to be defined and studied, however social sciences rapidly gained a featured position not for being another biomedical concept but a holistic one, covering psychological and emotional aspects. Because there is such a strong relation between the concepts of being healthy and ill and health behaviors, in this study we aim to study teenager conceptions with the purpose to characterize these conceptions, but also to analyze the existence of age and school environment influences. To that effect, these two types of factors have been stressed by the developmental and contextual perspective, respectively, as the main determinants of health and illness conceptions. Thus, this study also contributes to the progressive clarification of the role of such factors in the formation of conceptions of health and illness. For that purpose, 132 students have participated, 80 from School A and 52 from School B, 55 of male gender and 77 of female gender, and 30 from 7th grade, 33 from 8th grade and 69 from 9th grade. To gather data the following instruments were used: a) analysis scale of school context, built for this study, with the objective of clarifying schools in terms of actions towards health, b) a social demographical questionnaire and c) the draw and writing technique (Williams, Wetton & Moon, 1989). The results have evidenced the complex and holistic conception of health and illness. However there are some statistically significant differences according to children gender and age and the parents' social-economical level. Finally, we came to the conclusion that the school environment seems to influence these conceptions, as forecasted according to literature. The results also allowed to define new clues for future investigations, in an area that has earned more and more significance.

Key Words: Conception of health and illness, contextual influence, age influence.

Résumé

En tant que la santé un concept de tous les jours et pour tous les individus, son étude assume une prévalence importante au fil du temps. La médecine fut la première science à ressentir la nécessité de définition et étude des conceptions de santé, cependant rapidement les sciences sociales prirent de l'importance dans ce domaine, étant donné que celui-ci n'est plus un concept biomédical mais holistique, incluant des aspects psychologiques et émotionnels. Parce qu'il y a une importante relation entre les conceptions que nous possédons d'être en bonne santé et malade et les comportements de santé pratiqués, la présente étude avait pour objectif d'étudier les conceptions des adolescents afin de les caractériser, mais aussi d'analyser l'influence exercée par l'âge et le contexte scolaire. En effet, ces deux éléments sont reconnus, respectivement par la perspective développementale et contextuelle, comme les principaux déterminants des conceptions de santé et maladie. Ainsi, cette étude contribue également à l'éclaircissement progressif du rôle de ces éléments dans la formation des concepts de santé et de maladie. Dans ce sens, ont participé dans la présente étude, 132 étudiants, 80 de l'école A et 52 de l'école B, 55 sont du sexe masculin et 77 du sexe féminin, 30 sont en classe de 5^{ème}, 33 en classe de 4^{ème} et 69 en classe de 3^{ème}. Pour la recueille des données furent utilisés les instruments suivants: a) une grille d'analyse du contexte scolaire, construit pour la présente étude afin de classer les écoles selon les actions développées pour la santé, b) un questionnaire sociodémographique et c) la technique de dessin et de l'écrit (Williams, Wetton & Moon, 1989). Les résultats démontrent des conceptions complexes et holistiques de santé et maladie. Cependant, furent retrouvés des différences statistiquement significatives selon le sexe et l'âge des enfants et le niveau socioéconomique des parents. Enfin, le milieu scolaire semble avoir une influence sur les conceptions, comme prévu par la littérature. Les résultats permettent également de lancer de nouvelles pistes pour de futures investigations, dans un domaine qui reçoit une attention croissante.

Mots - clés: conceptions de santé et maladie, l'influence exercée par le contexte scolaire, l'influence exercée par l'âge

Agradecimentos

Primeiramente, agradeço à Professora Doutora Marina Serra de Lemos, por reunir todas as características que sempre pensei que uma verdadeira orientadora deveria ter. Por me ouvir com as minhas contínuas dúvidas e por mais do que dar respostas, fazer com que as encontrasse. Obrigada pela sua disponibilidade e por todos os ensinamentos ao longo de todo o processo de orientação científica, bem como pelo incentivo e ânimo constantes face a todos os obstáculos com os quais me deparei.

À Professora Doutora Lígia Lima, pelo apoio e ajuda no tratamento dos meus dados, por me ter apoiado e encorajado, numa fase inicial, muito mais do que a sua obrigação, e por se mostrar sempre disponível para as minhas dúvidas.

Aos meus amigos, pelo apoio e encorajamento, pela aceitação dos meus dias menos calorosos e pela paciência para o constante tema, faculdade. Àqueles que me tiravam de casa com um convite, à que me foi dando pequenos mimos, à que me foi dando conselhos amadrioados e até àquela que conseguiu que esta melodia tocasse de forma mais harmoniosa. Aos que me ajudaram por me ouvirem com as minhas dúvidas e ainda àquelas que partilharam dias infinitos de trabalho para esta investigação, porque uns poderes mágicos sempre fizeram parte das histórias com final feliz.

Por fim, resta-me agradecer a quem não precisa de falar para saber que me apoia, porque fazem parte de todos os dias desta construção.

Índice de Abreviaturas

OMS – Organização Mundial de Saúde

CID – 10 – Classificação Internacional de Diagnóstico – 10

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Capacidade e Saúde

Índice

Introdução	1
Capítulo I – Enquadramento Teórico	4
1.1 A saúde e a doença.....	5
1.1.2 Definições de Saúde e doença.....	6
1.2 A forma como organizamos o conhecimento	8
1.3 Modelos que sustentam a investigação nesta área.....	9
1.4 Conceção de saúde e doença: Caminhando na investigação	11
1.5 Influências Contextuais	18
1.5.1 As concepções de saúde e doença e seus condicionantes	18
1.5.2 Influência Escolar.....	19
1.5.3 Promoção e Educação para a saúde	22
1.6 Pertinência do estudo.....	24
Capítulo II - Metodologia	27
2.1 Objetivos.....	28
2.2 Participantes	28
2.2.1.1 Escolaridade	28
2.2.1.2 Idade.....	29
2.2.1.3 Género	29
2.2.1.4 Nível Socioeconómico dos cuidadores dos adolescentes.....	29
2.2.1.5 Instituição de Ensino frequentadas pelos adolescentes.....	30
2.3 Instrumentos	31
2.4 Procedimento	34
2.5 Procedimento de tratamento da informação: Complementando-se - análise mista.....	35
Capítulo III – Resultados da Investigação	37
3.1 Caracterização das concepções de saúde e doença.....	38
3.1.1 Caracterização das concepções de saúde e doença em frequência de categorias	38
3.1.2 Comparação das concepções de saúde e de doença em termos de quantidade de categorias e número de indicadores	39
3.4 Diferenças de género	39
3.5 Diferenças de acordo com a idade dos sujeitos	40
3.6 Diferenças entre ano de escolaridade	40
3.7 Conceção de saúde e doença e nível socioeconómico dos cuidadores.....	41

3.8 Caracterização do Contexto educativo	42
3. 9 Diferenças entre escolas	43
3.10 Diferenças entre escolas tendo em conta o ano de escolaridade	43
3.11 Diferenças entre escolas tendo em conta a idade	44
Capítulo IV – Discussão dos Resultados.....	45
4.1 Conceção de saúde e doença	46
4.2 Diferenças de género	47
4.3 Diferenças entre ano de escolaridade	47
4.4 Diferenças socioeconómicas.....	48
4.5 Diferenças de contexto	50
4.6 Questões de procedimento.....	52
Capítulo V – Conclusão.....	53
Capítulo VI – Referências Bibliográficas	56

Índice de Anexos

Anexo A - Classificação do nível socioeconómico dos cuidadores em função da profissão e grau de instrução

Anexo B – Questionário sócio-demográfico

Anexo C – Grelha de análise de acções para a saúde no contexto escolar

Anexo D – Autorização para participação na investigação

Anexo E – Autorização para participação na investigação

Anexo F – Manual de Cotação

Introdução

Desde o século XXI que Portugal tem vindo a centrar, cada vez mais, a sua atenção na saúde, refletindo-se na investigação que tem vindo a ser desenvolvida neste sentido. A psicologia, por seu turno, mostra especial interesse em perceber como o indivíduo pensa, sente e age no que a este tema diz respeito. É desta forma, que esta investigação se enquadra num projeto mais amplo, cujo principal objetivo é conhecer as concepções de saúde e doença das crianças, assumindo variáveis específicas.

A compreensão de como os jovens percebem o que é estar saudável ou doente surgiu por uma necessidade da medicina em estabelecer contacto efetivo com o paciente. Assim, alguns estudos foram desenvolvidos relacionando estas concepções com a forma como o doente adere ao tratamento e entendem a sua doença. Não obstante, é através deste conhecimento que a medicina afina questões como, a monitorização do diagnóstico e o suporte ao paciente (Fitzpatrick, Hinton, Newman, Scambler & Thompson, 1984). Apenas mais tarde, a investigação começou a centralizar-se na educação para a saúde e, estudar as concepções relacionava-se então com o planeamento de programas de intervenção e prevenção.

O presente estudo centrou-se na faixa etária caracterizada por uma estrutura de pensamento formal. Aos 11-12 anos a criança inicia um raciocínio acerca do puro possível, o raciocínio dedutivo, e assiste-se também à sobreposição de raciocínios abstratos, deixando o domínio do concreto. É igualmente nesta fase que, a criança começa a manifestar outros interesses e ideais que defende segundo os seus próprios valores, de acordo com aquilo em que acredita (Piaget, 1967). Percebendo como as crianças conceptualizam a saúde, Barros (2003) relaciona esta concepção com os estádios de Piaget. Assim, no estágio das operações formais observa-se uma progressiva capacidade para compreender os processos internos do organismo e para atender a uma maior complexidade do processo de adoecer e o de curar.

O pensamento formal deve-se de facto a um novo impulso na vida social, conduzindo as crianças a uma maior compreensão mútua e a um exercício até então para elas desconhecido, colocarem-se incansavelmente no lugar do outro. A influência social tem um papel preponderante, não só na forma como a criança desenvolve o seu pensamento, mas também naquilo que ela assimila e acomoda nas suas estruturas cognitivas. É por isso que a investigação tem seguido um caminho de descoberta sobre que fatores sociais e ambientais influenciam a saúde. Dos principais agentes sociais destaca-se os pais, a escola e os media. Em 2009, Reeve e Bell, desenvolveram um estudo

com crianças entre os 9 e 11 anos, de diferentes nacionalidades, que objetivava perceber também que atividades ou ideias influenciam o que as crianças entendem sobre ser saudável. E de facto, a escola e os pais surgiram como as maiores fontes de informação, não descorando as pontuais referências aos programas televisivos e à experiência pessoal.

Na verdade, tem-se vindo a provar que comportamentos saudáveis e atitudes positivas acerca da saúde, fomentados em crianças, têm uma relação positiva com crenças saudáveis quando adultos (Mechanic, 1979 & Lau, 1982 *in* Eiser, 1989).

Na procura de verificar como estas concepções são representadas nos mais novos, primeiramente será efetuada uma revisão bibliográfica, percebendo como a ciência tem vindo a abordar este tema, contemplando aspetos desde a definição dos conceitos de saúde e doença, e passando pela investigação já feita neste campo.

Na segunda parte, procedeu-se à estruturação da presente descoberta que se centra em compreender se as concepções são influenciadas pela e pelo contexto escolar através do contributo de análise mista. Objetivou-se então, apresentar um contributo no sentido do entendimento mais atual, que poderá traduzir-se em intervenções e prevenções mais bem sucedidas na área da Educação e Promoção para a Saúde.

Finalizando, apresentou-se os resultados obtidos e expôs-se os novos conhecimentos, pretendendo sempre obedecer a uma reflexão crítica.

É de ressaltar que, esta “escuta ativa”, mediada pelo desenho e escrita, foi caracterizada por uma descoberta pessoal do quão importante é dar voz a quem a tem, mas como é difícil não sofrer influência dos ruídos produzidos pela expectativa e conhecimento prévio. Um esforço acrescido é-nos exigido quando estamos em campo, na recolha da amostra, para que a bagagem teórica que nos auxiliou a planear toda a investigação não se constitua também um bloqueio àquilo que estes jovens em concreto nos transmitem.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1.1 A saúde e a doença

1.1.1 O conceito saúde ao longo dos tempos

A saúde e doença, e a forma como são conceptualizados, têm vindo a sofrer alterações ao longo do tempo. Podemos recordar desde as grandes epidemias, como a peste negra, que começaram a propagar-se com os descobrimentos, às chamadas doenças do século XX, como é o caso do vírus HIV. Ao longo dos anos temos assistido a alterações profundas na ecologia do planeta Terra, sendo que algumas reclamam a intervenção do homem e evolução da sociedade. Assim sendo, estes dois conceitos oscilam de acordo com o pensamento, modo de viver e evolução quer da sociedade, quer do próprio planeta. Importa ainda referir que, todas estas transformações fizeram-se acompanhar em primeira instância de um foco essencialmente no conceito de doença, e posteriormente de uma especial ênfase no conceito saúde (Ribeiro, 1998).

O conceito saúde pode recuar quase tanto, quanto o aparecimento do homem. Documentadas, estas referências começam cerca de 400 anos a.C., onde na Grécia antiga eram nomeados Deuses responsáveis pela cura. A saúde e o bem-estar eram associados a um equilíbrio entre aspetos considerados ambientais e a maneira de viver do indivíduo, ou seja, os seus comportamentos. Não obstante, os desequilíbrios desta interação eram diretamente relacionados com o surgimento de doenças. A medicina de então assentava numa perspetiva holística, incluindo a compreensão da natureza do ecossistema humano, como nos lembra São Tomás de Aquino definindo saúde “como um hábito ou uma disposição habitual relativamente à natureza, numa conceção de saúde holística” (Ribeiro, 1998, p. 56).

A Primeira Revolução da Saúde surge com o início da Revolução Industrial onde se assistiu a uma mudança profunda no sistema de produção, cujo impacto no sistema ecológico foi intenso, estabelecendo-se o contexto ideal para o desenvolvimento de microrganismos patogénicos e a sua propagação. Com esta revolução, nasce o modelo biomédico e a chamada “teoria do germe”, onde a cada germe era atribuído apenas uma doença (Ribeiro, 1998). Neste tempo, as preocupações centravam-se no meio ambiente e só no século XX passou a englobar os seres humanos e as interações entre eles, nascendo assim a segunda revolução da saúde. “O doente começava a ter uma identidade, deixava de ser uma doença que existia no indivíduo, para ser o indivíduo que tinha uma doença” (cit in Ribeiro, 2005a, p. 76). Foi desta forma que surgiram os medicamentos na confirmação de que o comportamento do próprio ser humano é a principal causa de mortalidade.

Seguindo este pensamento, aparecem as primeiras constatações que ligam mais fortemente a mortalidade a doenças com etiologia comportamental (e.g. fumar e consumir álcool e drogas) do que às doenças provocadas por germes. Assim, a forma de prevenir as doenças estava em mudanças comportamentais, como cuidar da alimentação e fazer exercício físico (Ribeiro, 1998). Porém, esta definição mostrava-se ainda pobre ao deixar de parte o ambiente social, surgindo por isso uma mudança na maneira de pensar com a introdução da noção de saúde pública, onde o indivíduo aparece enquadrado numa sociedade (Ribeiro, 2005a).

A linha temporal deste conceito faz-nos perceber que foram ocorrendo alterações conforme a evolução das sociedades. Contudo, no que à importância atribuída à saúde diz respeito, o ser humano parece referir duas atribuições centrais. Para alguns é um aspeto essencial da vida, enquanto outros nem pensam nela (Ribeiro, 1998).

A necessidade cada vez mais crescente em estudar aspetos relacionados com a saúde explica-se pela sua evolução. De um sistema centrado na doença passamos para um centrado na saúde, e num sistema em que o sujeito desempenhava um papel passivo tem agora um papel ativo. No entanto, para palmilhar pela investigação neste tema na sua plenitude, é necessário distinguir estes dois conceitos, pois como refere Ribeiro (1998), *intervir na saúde não é o mesmo que intervir na doença*.

1.1.2 Definições de Saúde e doença

Bircher e Kovacs (*in* Law & Widdows, 2007) definem saúde e doença como mutuamente exclusivos e exaustivos, sendo que um pode ser determinado em termos do outro. Contudo, a literatura concede diferentes destaques no que concerne às suas definições. Admitindo que estes conceitos fazem parte de um mesmo contínuo é de qualquer forma necessário representá-los individualmente.

Segundo a OMS (2000) podemos descrever saúde como “estado sustentável de bem-estar físico, mental e social, total, e não apenas a ausência de doença ou de incapacidade. A saúde é um recurso da vida diário, não o objeto da vida. É um conceito positivo, acentuando recursos sociais e pessoais, bem como capacidades físicas”. A referência ao bem-estar assume uma dimensão subjetiva do qual o sujeito tem principal responsabilidade (Sixsmith, 2007), inferindo-se assim a importância do indivíduo aquando da definição do conceito.

Já em 2001, o Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea não nos dá uma definição tão vasta e abrangente, definindo saúde como “estado do indivíduo em que as

funções orgânicas, físicas e mentais decorrem com normalidade; condição do que está sã” (p. 3349).

A necessidade urgente em encontrar uma definição que pudesse ser partilhada pelos demais profissionais levou a que a OMS desenvolvesse a CIF. Define-se como uma classificação internacional e foi consolidada segundo os seguintes objetivos: (1) proporcionar uma base científica para a compreensão e o estudo dos determinantes da saúde, dos resultados e das condições relacionadas com a saúde, (2) estabelecer uma linguagem comum para a descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde, para melhorar a comunicação entre diferentes utilizadores, (3) permitir a comparação de dados entre países, entre disciplinas relacionadas com os cuidados de saúde, entre serviços, e em diferentes momentos ao longo do tempo e (4) proporcionar um esquema de codificação para sistemas de informação de saúde (CIF, 2004). É então uma classificação dos “componentes de saúde”, interpretando-a como um “termo genérico para doenças (agudas ou crónicas), perturbações, lesões ou traumatismos. Podendo incluir também outras circunstâncias como gravidez, envelhecimento, stresse, anomalia congénita, ou predisposição genética. As condições de saúde são codificadas usando a CID-10” (CIF – 2004, p.186) e segundo um modelo biopsicossocial.

Como a bibliografia nos tem vindo a mostrar, a referência ao conceito saúde acarreta uma igual referência ao conceito de doença. Contudo, o conceito doença merece por si só uma significação específica. A língua inglesa é aquela que se mostra mais rica na sua definição distinguindo entre sentir-se doente, *illness*, ter uma doença, *disease*, e comportar-se como doente, *sickness* (Ribeiro, 2005b). Apesar da língua portuguesa não contemplar uma distinção tão singular, esta clarificação facilita a compreensão de algumas teorias, nomeadamente o construtivismo que defende que uma pessoa pode sentir-se doente (*illness*) sem ter realmente uma doença (*disease*).

Resta fornecer a definição do Dicionário da Língua Portuguesa (2001), que define doença como uma “alteração patológica dos órgãos, partes, estruturas, sistemas do corpo ou do respetivo funcionamento; falta ou perturbação da saúde”. Em consenso, Murphy (2008) formula que o funcionamento natural do organismo só poderá ser explicado pela ciência. Esta perspetiva sobre o presente conceito enquadra-se, no que se designa de modelo biomédico, cujo enfoque está na condição física.

1.2 A forma como organizamos o conhecimento

Assente no pressuposto de que o modo como apreendemos a realidade não se pode dissociar do modo como a representamos, as representações do real constituem uma rede de significados que medeiam as nossas relações interpessoais (Andrade, 1997). Moscovici parece ter sido dos primeiros a introduzir o conceito de representação para designar os aspetos específicos do conhecimento quotidiano (1997 *in* Andrade, 1997).

As concepções que o sujeito possui não existem unicamente a um nível cognitivo, mas vão-se alterando e sendo construídas nas interações sociais. A teoria das representações sociais desenvolvida por Moscovici surge de forma a explicar as nossas interpretações sobre o mundo. O sujeito não possui crenças sobre algo, ideias, imagens ou atitudes, mas sim teorias de conhecimento de forma a descobrir e organizar a realidade (Marks et al., 2005). O facto de considerarmos a concepção que o indivíduo possui sobre saúde e doença, mostra que assumimos que este consegue identificar o seu estado de saúde, que irá depender de como este se considera saudável ou doente e da sua vivência social.

Compreender as dinâmicas cognitivas mostra-se importante para percebermos como mudam as cognições do indivíduo, sendo que dinâmica cognitiva define-se por “qualquer alteração no organismo que afete diretamente o processamento e capacidades cognitivas do mesmo” (cit in Dietrich & Markman, 2000). Referenciando Dietrich e Markman (2000), as dinâmicas cognitivas são de diferentes tipos e não ocorrem com o mesmo grau de complexidade. A concepção de saúde obedece a uma dinâmica assente na experiência de vida onde, ao longo do tempo, é adicionada informação e esquecidas outras propriedades.

Piaget, motivado pela medição da inteligência, oferece importantes contributos ao nível do processamento de pensamento das crianças e por conseguinte, sobre estas dinâmicas cognitivas. De acordo com este autor, o desenvolvimento cognitivo obedece a uma sequência universal ao longo da infância e adolescência realizada em quatro estádios, estádio sensório motor, pré-operatório, estádio das operações concretas e por fim estádio das operações formais (Piaget, 1967). É dentro do primeiro estádio que a criança desenvolve a capacidade representacional, capacidade para representar mentalmente objetos e experiências, principalmente através do uso de símbolos. Neste período ocorre também a passagem de um estádio onde impera unicamente a ação, o período sensorial, para o período pré-operatório onde as crianças são capazes de desenvolver algumas operações mentais internas. Barros (2003) dá-nos uma progressiva compreensão de como uma representação de saúde se relaciona com os estádios de Piaget. O estádio pré-

operatório caracteriza-se por significações sobre a realidade dos sintomas apoiando-se na percepção mais direta e evidente, isto é, o que se vê, ouve, sente, cheira. Já no estágio das operações concretas há uma atenção para os fenómenos ou explicações mais complexos e menos diretamente perceptíveis, como compreender uma gradação no nível de dor ou de gravidade da doença. O estágio das operações formais apresenta uma progressiva capacidade para compreender os processos internos do organismo e para atender a uma maior complexidade do processo de adoecer e no de curar. Desta forma, vemos que, de acordo com o nível de desenvolvimento cognitivo do indivíduo, será de esperar concepções com características diferentes.

De facto, o conhecimento obedece a formas estruturadas de pensamento, que o modulam e modificam. E é por isso que, nos deparamos frequentemente com diferentes denominações na tentativa de explicação desta integração do conhecimento. Joyce-Moniz (1993 *in* Barros, 2003) refere-se ao termo significação para explicar a realidade, referenciando que equivale a construções mentais que se produzem de forma ordenada e inclusiva durante todo o desenvolvimento. São pois construções subjetivas, isto é, "um processo cognitivo e emocionalmente ativo" (Joyce-Moniz, 1993, p.81 *in* Barros, 2003).

São alguns os termos de que a Psicologia faz uso quando se refere aos processos mentais. Não obstante, por ser aquele que mais frequentemente aparece na literatura sobre o presente tema, e por transmitir o papel ativo do sujeito na construção do seu conhecimento sem descorar a influência social nesta construção, optou-se pela primazia do uso do termo concepção.

1.3 Modelos que sustentam a investigação nesta área

A Psicologia tem-se apoiado em diferentes teorias no que concerne à investigação da concepção de saúde/doença. Os modelos teóricos explicativos dos comportamentos para a saúde derivam de uma visão primariamente individualista. Contudo, esta assunção tem vindo a ser alterada para uma visão mais coletivista, na medida em que se crê que o comportamento orientado para uma situação específica é aprendido através da socialização (Fitzpatrick et al., 1984). O modelo gerado por Freidson (1970 *in* Fitzpatrick et al., 1984) vem de encontro a este princípio. Tal como o comportamento, também as concepções de doença deverão ser lidas à luz da história e cultura do sujeito. Aquilo que o sujeito define como sintoma acarreta influências culturais e históricas, mediadas pela experiência pessoal.

As concepções de saúde e doença apresentam diferentes dimensões que

correspondem ou às cognições sobre estes dois conceitos, ou ao contexto onde ele é desenvolvido. A análise fenomenológica e a hermenêutica fenomenológica vêm de encontro a estas dimensões. A primeira, centra-se nas cognições que o sujeito pensa ou crê relativamente a uma doença em específico. A segunda contempla a doença com uma componente social, enfatizando as interações sociais, que significado social têm estas concepções e a importância do self na mediação entre as experiências subjetivas e o mundo social e físico (Marks et al., 2005). Centremo-nos então sobre estes dois grandes modelos explicativos, o cognitivo e o social.

A teoria estruturalista assenta no princípio de que, as concepções são produto de mecanismos cognitivos unitários. Isto é, o desenvolvimento é visto de forma dependente da maturação, e variáveis sociais e culturais, assumem uma importância secundária (Eiser, 1989). Bibace and Walsh (1981 *in* Eiser, 1989) postulam que, as concepções de doença das crianças refletem um desenvolvimento cognitivo. Assim, durante o estágio pré-operacional, as crianças atribuem como causa de estar doente razões mágicas ou fantasiosas. Entre os 7 e 11 anos, as explicações são em torno da teoria do germe. E no estágio pré-formal existe uma associação a mecanismos biológicos, a doença como consequência do mau funcionamento de um órgão, sendo que explicações psicológicas começam também a aparecer nesta fase. Mas foi Leventhal e colaboradores que primeiro propuseram um modelo cognitivo de doença, o modelo de autorregulação (Marks et al., 2005). Este modelo surge com o objetivo essencial de perceber as formas de *coping* com a doença. Já Bishop (1987 *in* Marks et al., 2005), usando uma escala multidimensional, centrou-se nas concepções de doença identificando quatro dimensões mais presentes na mesma: o contágio, a localização corporal, a causa psicológica e o grau de interferência no quotidiano. Só mais tarde, Murray e McMillan (1993 *in* Marks et al., 2005) mostraram especial interesse pela concepção de saúde, postulando que esta abarca uma atribuição causal.

Ainda que, inicialmente, a investigação que se debruça sobre a concepção de saúde/doença se apoiasse largamente em modelos cognitivos, estes apresentam como essencial lacuna ler as respostas dos sujeitos de forma estática e sem ter em consideração os fenómenos sociais subjacentes (Marks et al., 2005). Desta forma, surgem então as investigações cujo foco está no conteúdo do discurso e no contexto onde este ocorre. Radtke e Van Mens-Vershulst (2001 *in* Marks et al., 2005) tentaram perceber a concepção de doença entrevistando mães com asma. Estes autores identificaram no discurso destas mães, para além da dominância do modelo médico, a identificação de certas consequências

da doença nas suas vidas. Assim, podemos dizer que estas mães são produtoras e produtos deste discurso, como produtoras do discurso referem o conhecimento científico que possuem da doença, como produtos usam este conhecimento para explicar certas ações no seu dia a dia. O estudo referenciado, serve como exemplo à importância de ter em atenção não unicamente o discurso, o que dizem sobre o que papel de ser mãe, mas também a forma como integram a doença para justificação de alguns dos seus comportamentos.

Concomitantemente, o construtivismo defende que a componente científica não pode ser determinante na definição da existência ou ausência de doença. Apoiando esta visão, refere-se a existência de malformações biológicas não entendidas pelos sujeitos como doença, pelo que definir doença pede que se tenha em conta os prejuízos provocados pela enfermidade em relação com as crenças do indivíduo (Murphy, 2008). Não obstante, a forma como nos concebemos enquanto doentes ou saudáveis modela os nossos comportamentos relacionados com a saúde. Estas representações são determinantes na forma como agimos e dependem do sistema sociocultural (Rodríguez-Marín, Román & Sebastián, 2003). Em suma, uma mudança na atitude face à doença vê o doente primeiro como ser humano, até na sua patologia, contrastando com a conceção de que o doente era primeiramente um indivíduo isolado e só depois concebido como sendo influenciado pelos demais (Siirala, s/d).

Não existe um único suporte teórico que nos permita ler estes dois conceitos, mas existem várias tentativas de explicação. Parece importante conhecer a existência das mesmas para que uma integração possa ser feita. Estas teorias raramente se mostram exclusivas, podendo ser integradas.

1.4 Conceção de saúde e doença: Caminhando na investigação

A visão sobre saúde/doença, sobre o corpo e a forma de viver, relaciona-se com as condições sociais, com a visão do mundo e com o contexto onde o indivíduo está inserido (Freitas e Martins, s/d). É por isso que se justifica o entendimento sobre as interpretações dadas a este conceito, tal como Blaxter (1999 *in* Ribeiro, 2005b) vem defender, que cada pessoa possui a sua própria conceção de saúde. Deste modo, saúde é definida como não estando doente, ausência de doença/saúde apesar da doença, como reserva, comportamento ou uma vida saudável, como capacidade física, energia e/ou vitalidade, como relação social, capacidade funcional e ainda como bem-estar psicossocial.

Também quanto ao conceito de doença o indivíduo formula as suas próprias conceções. Assim, este suporta consigo esquemas que definirão o seu comportamento no

contexto médico e implicará a vivência da doença como uma experiência subjetiva. A resposta à questão “O que é a saúde?” transparece, na sua maioria, as atitudes que o sujeito assume perante a mesma, ideias sobre as causas de doenças e ainda a relação entre atitudes e comportamento (Blaxter, 1990).

O estudo das concepções de saúde baseia-se na esperança de perceber o porquê das escolhas nos estilos de vida, ou como os indivíduos interagem com os profissionais de saúde (Fitzpatrick, 1984). Assim, as mesmas podem ser inseridas em três áreas do conhecimento: profissional (modelo médico), alternativo (tradicional, complementar) e popular/informal (Blaxter, 2010). Foi o modelo médico, ou seja, o assumir de uma concepção predominada pela ausência de doença ou presença de enfermidade, a ser usado como pioneiro no estudo do comportamento saudável, respondendo ao interesse em explicar, e saber como mudar as atitudes de quem parecia não valorizar a sua saúde ou comportar-se responsivamente, nem usar métodos preventivos. Mais tarde, nos anos 60-70, o foco incidia na explicação do comportamento saudável das sociedades carentes, que parecia ser caracterizado como fazendo parte de uma subcultura da pobreza, assumindo aqui uma vertente social nas concepções (Blaxter, 2010).

Claramente, a concepção de saúde é subjetiva, levando algumas investigações a indicarem que a única maneira de definir saúde é através do que as pessoas relatam quanto ao que é estarem saudáveis e doentes. Contudo, adotar esta perspetiva acarreta riscos sendo essencial a escolha do instrumento (Blaxter, 1990). Não obstante, apesar da consciência destes riscos, a investigação centra-se neste objeto de estudo, pois é a perceção das crenças acerca dos riscos para a saúde que está na base da promoção e educação para a saúde, sendo estas crenças desenvolvidas através de experiências pessoais (Piko & Bak, 2006).

Se primeiramente a investigação se preocupou essencialmente com a definição do conceito, mais tarde direccionou o seu foco para as possíveis diferenças entre diferentes faixas etárias. Atualmente, criança e adulto são vistos como independentes, não sendo um a representação precoce do outro. Os modelos psicológicos de desenvolvimento têm vindo a assumir que a infância é um período de socialização, onde a criança é agente ativo, construindo estruturas e processos que lhe permitem integrar a realidade que a rodeia (Morrow, 2001). Desta forma, será de esperar que também ao nível da concepção de saúde estas se distingam quer nas áreas abrangidas quer na sua complexidade, constituindo-se o conhecimento das concepções uma excelente oportunidade para estudar de que forma as crianças compreendem os diferentes domínios desta experiência que é estar saudável ou doente (Kalish, 1999). Goldman e colaboradores (1991 *in* Barros, 2003) postulam então

que as concepções da criança sobre doença, à semelhança das dos adultos, são multidimensionais e determinadas tanto pelo desenvolvimento cognitivo, como pela própria interpretação da experiência e pela modelagem e exposição às crenças e expectativas dos que lhes estão próximos.

Será interessante referir o estudo de Macintyre, McKay e Ellaway (2006) que, tendo-se centrado em perceber quais as variáveis percebidas como mais influentes na saúde (sorte; instituição onde nasceu; ambiente - casa, clima, poluição; hábitos- fumar, beber ou o que se come; auto-cuidados - tomar vitaminas, andar quente, dormir o suficiente; dinheiro e relações familiares), verificaram que “hábitos” foi considerado a variável mais importante. Ainda que assumam algumas limitações ao seu estudo, tal como a desejabilidade social, é importante percebermos que realmente existe a responsabilização pela sua saúde pois, logo de seguida surge a variável auto-cuidados, continuando com o ambiente e relações familiares. Numa recolha feita a sujeitos nas faixas etárias dos 15, 35 e 65 anos, através de entrevistas e preenchimento de um questionário, várias questões foram abordadas desde aspetos sócio-demográficos, até questões relacionadas com comportamentos de promoção de saúde e de falta de medidas preventivas. De salientar ainda que, a recolha realizou-se em duas cidades opostas no que concerne aos índices referentes à saúde.

Existem assim diferenças verificadas quanto à idade, onde as respostas das faixas etárias mais novas parecem estar em consonância com o discurso de saúde pública, enquanto os sujeitos com idades aproximadas dos 65 anos fornecem respostas mais relacionadas com a sua experiência de vida, dando menos destaque aos hábitos e referindo como mais importante as relações familiares e o dinheiro. Ressalva-se então que, as mensagens de promoção de saúde parecem ter impacto no discurso apresentado pelos mais novos. Outro fator que parece apoiar a influência do meio naquilo que acreditamos ser saúde, e nos comportamentos relacionados com a mesma, é o facto de a atribuição fatalista ser a menos presente neste estudo. Relativamente ao género e ao nível socioeconómico não foram encontradas diferenças significativas o que nos alerta para a necessidade de estudos mais direccionadas para estas variáveis e para a precaução na educação para a saúde.

A investigação dos comportamentos relacionados com o processo de estar doente nas crianças é relativamente recente e iniciou-se com a observação clínica sobre as razões emocionais de carácter negativo na criança doente (Rodríguez-Marín et al., 2003). Bibace e Walsh, na década de 80, e como sumariamente referido anteriormente, vêm mostrar que as concepções de doença obedecem a um desenvolvimento cognitivo apoiado nos estádios

de Piaget (Marks et al., 2005). Assim, as concepções das crianças entre os 2 e 6 anos referem-se essencialmente o ficar doente como consequência de contágio. Entre os 7 e os 10 a doença é concebida como um processo internalizado e de contaminação. A partir dos 11 as concepções traduzem noções mais elaboradas, generalizadas, abstratas e relativizadas. Como Rodríguez-Marín et al. (2003) explica, o organismo não é visto como passivo e sujeito à influência de agentes patológicos externos, mas é responsável pela origem das doenças e da sua cura. As explicações englobam fatores psicofisiológicos com consciência de que os pensamentos e sentimentos da pessoa podem afetar o funcionamento corporal. A este propósito, Millstein et al. (1981 *in* Rodríguez-Marín et al., 2003) verificaram que as categorias características desta etapa são as explicações fisiológicas e as explicações psicofisiológicas. As concepções representativas da primeira categoria são ricas na descrição de diversos tipos de doenças e na classificação multidimensional, onde causa imediata de doença é o mau funcionamento do organismo, ou de um órgão em específico, e a cura segue uma explicação sequencial, surgindo ainda conceitos como a imunidade e consequências da doença em função das diferenças individuais. Já a segunda categoria representa uma concepção do organismo como um todo integrado no qual o cérebro faz parte. Assim, quando a criança atribui uma causa psicológica à doença, atribui-lhe igualmente uma cura do foro psicológico, como por exemplo, deixa de fazer uma atividade pelos sentimentos negativos que esta traz.

Por seu turno, Bird e Podmore (Marks et al., 2005), uma década mais tarde, contrapõem estas evidências sustentando que as diferenças nas concepções se deve essencialmente a uma maior acessibilidade de informação do que ao desenvolvimento cognitivo. A realização de entrevistas, a crianças, sobre saúde e doença permitiu-lhes averiguar que, as respostas não eram suficientemente detalhadas e ricas para poderem ser cotadas segundo os estádios de Piaget. Bearison e Pacifici (1989 *in* Rodríguez-Marín et al., 2003) sugerem também que as crianças saudáveis e as crianças com doença crónica podem compreender e desenvolver concepções completas, e têm um conhecimento sobre a doença e saúde maior do que o proposto por Piaget. Nesta linha de conhecimento, Carey (1985 *in* Rodríguez-Marín et al., 2003) formula que as crianças mais pequenas pensam sobre a doença em termos do que sabem sobre as doenças e o comportamento humano e as crianças mais velhas definem doença em termos de sintomas e o comportamento da pessoa doente.

Ao longo da última década o interesse sobre as concepções de saúde, doença e acerca de doenças específicas foi crescendo, sobretudo, devido à enorme importância que

estas têm na descrição da interação entre concepção de doença e o período desenvolvimental, no planeamento de programas educacionais para a saúde, na compreensão das estratégias de *coping* das crianças doentes e suas famílias, na adesão a regimes médicos, entre outros (Schmidt & Fröhling, 2007). O estudo realizado por Schmidt e Fröhling tem por objetivo a exploração das concepções de saúde e de doença no geral e de cinco doenças específicas, em crianças, adolescentes e respetivas mães. Tendo por base a teoria estruturalista de Bibace foram formuladas diferentes hipóteses que pretendem verificar se as diferentes concepções de saúde e de doença evoluem ao longo do desenvolvimento e se diferem dentro de uma mesma faixa etária. É importante saber o que a criança conhece e estrutura cognitivamente quando nos fala de saúde e doença. Quanto ao conceito de saúde, estes autores verificaram uma grande variação nos tópicos presentes nas concepções, sendo que crianças mais velhas e mães formularam concepções mais abstratas e ao mesmo tempo mais específicas. Considera-se uma boa concepção aquela que abarca mais do que a simples definição como ausência de doença, observando-se nestes sujeitos a referência ao poder fazer desporto, exercício físico, jogar, ir à escola ou ao trabalho, o tempo de lazer e as relações sociais. Por outro lado, encontrou-se um aumento na alusão aos aspetos negativos em crianças entre os 5 e os 12 anos e um decréscimo em crianças entre os 12 e 16 anos, com consequente aumento de aspetos positivos. Contudo, as formulações abstratas e complexas relacionadas com a concepção de doença raramente foram expressas. Eiser e Eiser (1992 *in* Rodríguez-Marín et al., 2003) realizaram uma investigação com crianças entre os 8 e 11 anos onde não encontraram diferenças, à exceção de uma maior capacidade de verbalização nas crianças mais velhas, apoiando assim a perspetiva que incorpora esquemas de pensamento em que há uma continuidade, mais do que a descontinuidade proposta por Piaget. Ou seja, as diferenças encontradas não se prendem com o conteúdo do discurso mas sim com a forma como ele é elaborado. Ainda ao nível das diferenças encontradas consoante a faixa etária, Piko (2000 *in* Piko & Back, 2006) concluiu que existem diferenças entre adultos e crianças quanto às suas concepções. Enquanto os primeiros avaliam a sua saúde em termos de presença ou ausência de doença, as crianças e adolescentes tendem a abranger a saúde psicossocial, o bem-estar psicológico e ainda comportamentos relacionados com estar saudável, como por exemplo, o desporto. Estes autores debruçaram-se sobre estas questões numa amostra compreendida entre os 8 e os 11 anos e verificaram que muitas crianças expressaram sofisticadas definições de saúde, englobando aspetos biomédicos, holísticos, sociais e ambientais. De acordo com uma

conceção de saúde a um nível biomédico, algumas crianças expressaram algumas das suas experiências passadas relativamente a estados de saúde.

Em consonância, uma investigação levada a cabo por Jutras e colaboradores (*in* Marks et al., 2005) refere que as crianças definem saúde de acordo com três dimensões presentes no seu quotidiano: funcionalidade (e.g. fazer desporto), saúde mental (e.g. capacidade para apreciar a vida) e comportamentos de prevenção (e.g. adesão a um estilo de vida saudável). Já a doença, neste estudo levado a cabo com crianças entre os 5 e 12 anos, surge em termos de restrições (e.g. mudanças no quotidiano devido à doença). Referenciando esta conceção por dimensões, Onyango-Ouma, Aagaard-Hansen e Jensen (2004) mencionam que crianças em idade escolar identificam como principais áreas, em termos de saúde, estar feliz, ser ativo, sentir-se bem, ausência de dor e comportamentos de promoção da saúde, como por exemplo, hábitos de higiene.

Já Daigle, Edward e Humphries (s/d) encontraram cinco categorias presentes nas conceções de saúde em crianças. Através da análise do desenho de uma pessoa saudável e doente, e posteriores entrevistas, estes autores categorizam as conceções em termos de Felicidade/Tristeza, Doente/Saudável, Aparência, Comportamento e por fim, numa relação de causa-efeito. Cento e oito crianças fizeram parte da amostra, compreendendo idades entre os 6 e 10 anos com uma distribuição homogénea quanto ao género. Uma análise de cada categoria mostra-se importante por parecer serem mais predominantes em determinadas idades ou faixas etárias. Assim, a primeira categoria surge em crianças entre os 6 e 8 anos e é considerada a menos sofisticada. Estas crianças centram-se na expressão facial, distinguindo os dois desenhos pelo sorriso ou choro. Algumas crianças acrescentaram ainda um sol a brilhar no desenho da pessoa feliz e nuvens no da pessoa infeliz. Uma característica desta categoria é o pouco suporte na entrevista ou mesmo nenhum, algumas crianças não chegaram mesmo a explicar o seu desenho.

A segunda categoria, predominantemente presente entre os 6 e 8 anos, distingue-se pela presença ou ausência de utensílios médicos e pelo desenho de um sujeito deitado na cama ou, por outro lado, em atividade ao ar livre. As descrições centram-se no facto de poder brincar ou ter de ficar em casa deitado, com toma de medicamentos.

A aparência subdivide-se em quatro características mais predominantes e são elas o peso, musculatura, estado dos dentes e “tratamento”. As pessoas doentes são representadas, pela maioria das crianças, despenteadas, com roupa suja e sapatos ocasionalmente desamarrados. Algumas crianças evidenciam o sujeito saudável asseado e o doente gordo, denotando-se um discurso centrado nas características observáveis.

O comportamento é outra categoria que distingue o desenho de um indivíduo saudável do doente. Deste modo, o primeiro é desenhado a comer vegetais ou fruta, evidencia procedimentos como lavar os dentes ou fazer exercício físico, e o segundo a comer pizza, *fast food*, a fumar, beber ou consumir droga, transportando armas de fogo ou a ver televisão. A maior parte das crianças, cuja conceção podemos englobar nesta categoria, apresentam 9-10 anos, embora crianças mais novas também tenham demonstrado características deste grupo. Ao nível da entrevista, estas crianças descreveram o desenho falando dos comportamentos que diferenciam uma ou outra conceção.

Em último, temos o comportamento associado a um resultado. Esta é a única categoria em que se observa a noção de causa – efeito, relacionando o seu comportamento com um estado de saúde, e está presente nas conceções mais elaboradas. A idade predominante é os 8 e 10 anos e, nas suas descrições, estas crianças falam-nos da associação entre exercício físico e desenvolvimento da musculatura, entre fumar e ter problemas cardíacos e ainda entre comer e engordar.

Este estudo dá um contributo importante para a análise do desenho, tendo em vista obter informação acerca das conceções, mas também se mostra relevante por a entrevista individual fornecer informação acerca dos contextos em que são construídas estas conceções. Assim, estes autores distinguem dois protagonistas na aprendizagem, a escola e os pais. Estes últimos parecem ser referenciados como meio de aprendizagem, quer por contacto direto, quer por observação do comportamento, “pais e filhos vão-se influenciando mutuamente nos seus processos de aquisição e transformação de significações sobre saúde e doença” (Barros, 1996 *in* Barros, 2003). Uma importante distinção está no que parece ser uma predominância da influência do ambiente escolar em crianças mais velhas e dos pais em crianças mais novas.

Se alguns estudos se preocuparam mais com a conceção de saúde, outros referem essencialmente a conceção de doença. A este respeito, Natapoff (1978 *in* Boruchovitch & Mednick 1997) relata que estar doente ou saudável são duas coisas diferentes, referenciando que uma percentagem significativa de crianças responderam “ausência de doença”, mas também foram encontradas definições relacionadas com “sentimentos gerais de bem-estar” e “capacidade para realizar atividades”. Contudo, o estudo de Boruchovitch e Mednick (1997), realizado no Brasil, com crianças de nível sócio-económico baixo e médio, vem de certa forma contrapor estes resultados, pois as crianças não vêm saúde e doença como estados opostos mas concepções distintas.

1.5 Influências Contextuais

1.5.1 As concepções de saúde e doença e seus condicionantes

Os avanços na conceptualização de saúde/doença obedeceram a um crescente destacar de aspetos psicológicos, sociais e ambientais. Blaxter, em 1990, e Coulton, Korbin e Su, em 1996, foram talvez os primeiros impulsionadores para que uma maior atenção fosse dada à influência do meio como fator determinante na doença e saúde (Blaxter, 1990). Coloca-se contudo uma questão, o que podemos definir como meio. A literatura concede quatro definições principais: área onde é possível analisar variações das características individuais que influenciam a saúde, local com fatores ambientais particulares influenciam o comportamento relacionado com o estar doente, locais comunitários como parques e lojas e o capital social (Kawachi, Kennedy, Lochner, & Prothrow-Stith, 1997; Kawachi, Kennedy, & Glass, 1999; Kawachi & Berkman, 2000 *in* Frohlich, Chabot & Corin, 2002). A escola, é o local onde fatores ambientais particulares influenciam o comportamento relacionado com o estar doente, mas também onde é possível verificar oscilações das características individuais que influenciam a saúde, pelo que assumiremos estas duas definições aquando da referência ao meio ou contexto escolar.

No que se refere às possíveis influências contextuais, em 1998, Melo (*in* Blaxter, 1990) fala-nos de cinco fatores condicionantes das concepções de saúde e doença, sendo eles, o fator biológico, psicossocial, cultural, socioeconómico e ambiental. Este autor refere também o assumir da interferência de aspetos como os hábitos culturais, a educação e o modo de viver. Contudo, já anteriormente, Blaxter (1990) desenvolveu um estudo onde foi possível avançar com diferenças ao nível da classe social, género e idade. Assim, indivíduos entre os 40 e 50 anos surgiam mencionando mais frequentemente o stress psicossocial, enquanto o contexto envolvente esteve mais presente em pessoas jovens com um nível socioeconómico e grau académico elevado. Por outro lado, Furnham (1994 *in* Macintyre et al., 2006) refere que os indivíduos com um grau académico mais elevado enfatizam fatores emocionais e comportamentais como determinantes da saúde. Em suma, a pertinência de apresentar estes estudos e as suas conclusões justifica-se por salientarem a influência de fatores contextuais, e não apenas desenvolvimentais, como até então.

Mas, se por um lado a própria sociedade exerce influência sobre estas concepções, também os pais assumem uma cota parte. A relação entre as crenças parentais e o nível de complexidade cognitiva das crianças é uma área de estudo cada vez mais em voga. A inter-relação entre crenças parentais, práticas parentais e comportamento das crianças pode ser

estabelecida por duas vias. A primeira centra-se no facto das práticas parentais espelharem as crenças relativas àquilo que esperam do comportamento da criança. A segunda via corresponde a influências indiretas que, no entanto, podem ser vistas como uma adição aos relacionamentos interpessoais entre crianças e pais. Como exemplo tomemos o ambiente familiar e dinâmicas familiares. Assim, a organização da casa, os brinquedos, as atividades e brincadeiras, a localização geográfica da casa e da escola expressam crenças parentais que influenciarão o desenvolvimento da criança. Assistimos a um sistema de crenças, que não podendo ser observado aquando das interações criança – pais, determina por exemplo que a criança saiba o que os pais esperam ou não dela, o que esperam que faça e como aja (Sigel, 1985).

Por fim, já referenciado em cima, o contexto escolar parece ser outra grande fonte de influência naquilo que as crianças sabem sobre saúde e doença. Passando grande parte do seu tempo nesta instituição os seus estímulos parecem interferir na forma como integram e organizam as representações no que a estes dois conceitos diz respeito.

1.5.2 Influência Escolar

A definição de saúde proposta pela OMS remete para uma focalização na prevenção, em que as escolas se têm mostrado os maiores palcos.

Em Portugal, a entrada na escola efetua-se aos 6 anos e com ela inicia-se um ciclo de aprendizagem a par com o seu próprio desenvolvimento. Todas as aprendizagens e desenvolvimento feito durante esta etapa vão obedecer a um conjunto de normas e regras próprias do ambiente onde se realizam. Assim, a interferência deste meio no estabelecimento de estruturas mentais de interpretação da realidade não pode ser esquecida, como efetivamente não o é. Macfarlane (2002) e Blaxter (1983) (*in* Macintyre et al., 2006) sugerem que as conceções de saúde e doença são influenciadas pelo contexto, acontecendo por experiências pessoais ou observadas (Cornwell, 1984; Davison, 1991 *in* Macintyre et al., 2006).

No âmbito deste estudo, realizou-se uma breve pesquisa sobre as medidas escolares que poderão modelar as conceções referentes à saúde. O assumir de uma visão bem mais alargada do que a tradicional transmissão de conhecimentos em que as crianças e jovens eram mantidos como meros recetores passivos de saberes académicos, torna a escola o local de excelência para o desenvolvimento de atividades no âmbito da promoção da saúde, uma vez que as crianças despendem neste contexto muito do seu tempo diário e muitos anos do seu período de desenvolvimento físico, cognitivo e de formação pessoal e social

(McGinnis e DeGraw, 1991; Denman, 1994; Parsons *et al.*, 1996; Colquhoun, 1997; Cruz, 1999; Loureiro, 1999; Mc Bride *et al.*, 1999; Precioso, 1999; Carvalho, 2000, 2002 e 2003 *in* Faria & Carvalho, 2004). Assim, explorou-se o programa curricular, com especial destaque para o 3º ciclo, na descoberta de algumas áreas do saber que contemplem aspetos relacionados com a educação para a saúde.

O Estudo do Meio refere vários objetivos gerais de onde se salienta o objetivo, do 1º ciclo, “desenvolver hábitos de higiene pessoal e de vida saudável utilizando regras básicas de segurança e assumindo uma atitude atenta em relação ao consumo” (*cit in* Ministério da Educação, 2004). Já no 3º ciclo, período escolar da amostra em questão neste estudo, encontramos referência a aspectos como “preservar a saúde e segurança do seu corpo de acordo com o conhecimento que tem das suas potencialidades e limitações e respeitar e aceitar as diferenças individuais” (*cit in* Ministério da Educação, Currículo Nacional do Ensino Básico – Competências Essenciais, 2010/2011 acedido em www.min-edu.pt a 12 de março de 2011). Ainda dentro desta disciplina, o primeiro bloco contempla, para os diferentes anos, diferentes objetivos relacionados com “A Saúde do seu Corpo”. Estas práticas vão desde normas de higiene corporais e alimentares até ao reconhecimento da importância do meio (sol, oxigénio, álcool, tabaco) para a saúde (Ministério da Educação, 2004). Dos temas centrais que fazem parte do currículo nacional da disciplina Estudo do Meio, “Terra no espaço”, “Terra em transformação”, “Sustentabilidade na terra” e “Viver melhor na terra”, salientam-se os dois últimos por estarem relacionados com “saúde e segurança” e “qualidade de vida”. No tema “Sustentabilidade na Terra” é esperado “que os alunos tomem consciência da importância de atuar ao nível do sistema Terra, de forma a não provocar desequilíbrios, contribuindo para uma gestão regrada dos recursos existentes “ (*cit in* Ministério da Educação, Currículo Nacional do Ensino Básico – Competências Essenciais, 2010/2011 acedido em 12 de março de 2011 em www.min-edu.pt). Este é então um tema que alerta para a necessidade de preservar o Planeta Terra aumentando assim o equilíbrio entre a natureza e a sociedade.

Já no tema “Viver melhor na Terra” o foco está na “compreensão de que a qualidade de vida implica saúde e segurança numa perspetiva individual e coletiva” (*cit in* Ministério da Educação, Currículo Nacional do Ensino Básico – Competências Essenciais, 2010/2011 acedido em www.min-edu.pt a 12 de março de 2011), onde ao nível do terceiro ciclo se preconiza a discussão sobre a importância da aquisição de hábitos individuais e comunitários que contribuam para a qualidade de vida. Os temas debatidos ao longo do terceiro ciclo têm como principal característica valorizarem a comunidade e o indivíduo

inserido numa sociedade, referindo também atenção ao indivíduo enquanto ser único, e portanto explorando os temas sempre de forma reflexiva e focando a importância da tomada de decisão. Importa salientar que, ao nível do 9º ano, o programa curricular promove competências mais especificamente relacionadas com a saúde. De entre elas refere-se: indicar em que consiste uma doença infeto-contagiosa, conhecer o significado de doença cardiovascular, explicar o aumento da percentagem de obesos em países desenvolvidos, compreender a importância da assistência médica, do planeamento familiar, da vigilância da gravidez, das consultas periódicas, do aconselhamento nutricional e do ordenamento do território como alguns dos fatores de promoção da saúde, compreender a evolução do conceito de saúde e de doença, compreender a sexualidade como uma das dimensões mais sensíveis da personalidade humana, associar fenómenos de dependência física e psíquica ao consumo de substâncias psico-ativas, adotar comportamentos responsáveis em relação à utilização de substâncias psico-ativas, reconhecer a importância de uma alimentação saudável e potenciar a consciencialização do cidadão como pessoa responsável na saúde individual e coletiva.

Uma outra disciplina que considera a promoção da saúde é a Educação Física. Esta disciplina está organizada “na perspetiva da melhoria da qualidade de vida, saúde e bem-estar”. Deste modo predispõe-se a promover o gosto pela prática regular das atividades físicas e a “aprofundar a compreensão da sua importância como fatores de saúde e componente da cultura, na dimensão individual e social” (*cit in* Ministério da Educação, 2004). A Educação e Promoção da Saúde começam com a preocupação desta disciplina em esperar que os alunos se empenhem em atividades físicas, sendo a quantidade e qualidade do exercício adequado às necessidades e possibilidades de cada um (Ministério da Educação, Currículo Nacional do Ensino Básico – Competências Essenciais, 2010/2011 *acedido em* www.min-edu.pt a 12 de março de 2011). Não obstante, o currículo não esquece que, ainda que seja uma disciplina centrada no exercício físico, não é ele o único elemento no momento da aprendizagem. Assim, espera-se que a aprendizagem seja feita num ambiente agradável, de cooperação e entreajuda, havendo referência inclusive à forma de formação dos grupos de trabalho. Em específico, como competências a adquirir no terceiro ciclo, destaca-se “conhecer e interpretar fatores de saúde e risco associados às práticas de atividades físicas e aplicar regras de higiene e de segurança” e “participar ativamente em todas as situações e procurar o êxito pessoal e do grupo relacionando-se com cordialidade e respeito pelos seus companheiros, quer no papel de parceiros quer no de adversários”.

Não sendo a escola um meio restrito à sala de aula e ao conhecimento acadêmico, Konu e Rimpelä (2001 *in* Konu et al., 2002) apresentaram um modelo de bem-estar no contexto escolar que engloba quatro áreas: condições da escola, relações sociais, significados para a auto-realização e o estado de saúde. Este modelo alerta-nos então para a importância do contexto escolar na formação do bem-estar subjetivo das crianças. Antes de mais, é necessário estabelecer que saúde e bem-estar são conceitos intimamente ligados. Por outro lado, destaca-se também que, para Konu e Rimpelä (2001), mais importante do que postular hábitos e comportamentos saudáveis, mostra-se perceber os significados que a escola tem na vida das crianças. Neste sentido, e deste estudo em específico, ressalta-se a importância dada às relações sociais, parâmetro que abarca o ambiente escolar, as dinâmicas dos grupos, a relação estudantes – professores, relações entre os pares, *bullying*, pareceria com as famílias, entre outros. Parece também essencial mencionar que a influência que os alunos podem ter nas decisões da escola estão também elas relacionadas com o bem-estar, ou seja, a criança ativa no seu ambiente escolar, no que concerne à saúde, aumenta a sua percepção de bem-estar (Konu et al., 2002).

Assim, se por um lado destaca-se a importância das “normas sociais”, na modelagem do comportamento, escolhas e atitudes, por outro o foco principal é o potencial do indivíduo, a educação, as pressões sociais e culturais e as ações racionais (Krumeich, 2001). Neste sentido, assume-se uma visão otimista que preconiza que a escola pode fazer a diferença na estruturação do *background* social das crianças (Maeroff, 1998; Thomson, 1999 *in* Smith et al., 2004).

1.5.3 Promoção e Educação para a saúde

A promoção da saúde nas escolas tem vindo a ser vista segundo duas perspetivas: a moralista e a democrática (Jensen, 1995; Hedegaard & Jensen, 1997 *in* Jensen, 1997). A diferença principal reside entre informar e educar, onde a primeira enfatiza um papel passivo do sujeito, só recebe informação, e a segunda preconiza o papel ativo das crianças na construção do seu próprio conhecimento. O paradigma moralista vê então a saúde como ausência de doença e a causa para a doença é da inteira responsabilidade dos comportamentos e ações do sujeito. Segundo este paradigma os alunos não têm espaço para as suas próprias concepções e decisões quanto à saúde, bem como o que significa para eles uma vida saudável, sendo os especialistas da área os detentores do conhecimento quanto ao que é melhor para eles, concretizando-se numa promoção de saúde pela mudança de comportamentos. Já o paradigma democrático, e o comumente presente nas

escolas, assume o sujeito inserido num contexto do qual sofre influência mas também influencia (Jensen, 1997). É assente neste princípio, de construção ativa, que a promoção da saúde foca-se na melhoria da igualdade de acessos, empoderamento através do conhecimento e numa conexão com as famílias e comunidade (Smith, Gaffney & Nairn, 2004).

Em Portugal, com o intuito de promover a Saúde Escolar, escolas e centros de saúde têm vindo a assumir uma parceria que, no ano letivo 2002/2003, últimos dados disponíveis, se concretizou em 8 265 (89%) escolas do ensino básico e secundário (Plano Nacional de Saúde, 2004/2010 acedido em 10 de julho de 2010 em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1_531.html). Assim, mais do que esperar encontrar um profissional de saúde na escola, será esperado que haja um acordo entre escola e centro de saúde da zona da mesma. É importante referir que a área da Saúde Escolar abrange temas diversos como a educação alimentar, vida ativa saudável, prevenção da violência, educação para a cidadania e educação sexual e afetiva, SIDA, consumos nocivos, com destaque para o consumo excessivo de álcool, tabaco e drogas, nos diferentes níveis de ensino (Plano Nacional de Saúde, 2004/2010 acedido em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1_531.html a 10 de julho de 2010). Não obstante, esta promoção da saúde e prevenção da doença deverá ver-se concretizada mediante a vigilância do cumprimento dos exames de saúde, do Plano Nacional de Vacinação e da legislação sobre abandono escolar, a melhoria das respostas às crianças com necessidades de saúde especiais, a promoção da saúde oral e o incentivo de estilos de vida saudáveis (Plano Nacional de Saúde, 2004/2010 acedido em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1_531.html a 10 de julho de 2010). “Uma escola promotora de saúde é a que garante a todas as crianças e jovens que a frequentam a oportunidade de adquirirem competências pessoais e sociais que os habilitem a melhorar a gestão da sua saúde e a agir sobre os fatores que a influenciam” (*cit in* http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1_531.html, acedido a 10 de julho de 2010).

Na impossibilidade de separar o bem-estar físico, psico-social emocional e aprendizagens escolares, escola e saúde ligam-se por uma relação estreita entre saúde e realização (Peterson et al., 2001 *in* Smith et al., 2004). Desta forma, em 2000, a OMS lança a tão conhecida Carta de Ottawa, apresentando os conceitos e princípios da «Saúde para todos no ano 2000 e seguintes», onde se enfatiza a necessidade da promoção da saúde, que é então definida como «o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde no sentido de a melhorarem» e onde se declara

que para «atingirem um estado de completo bem-estar físico, mental e social o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificarem e realizarem as suas aspirações, a satisfazerem as suas necessidades e a modificarem ou adaptarem-se ao meio» (OMS, 1987 *in* Faria e Carvalho, 2004). Desde 1995 que a OMS começou a interessar-se pelas questões de promoção de saúde. Assim, a um nível local, regional e global, desenvolveu as chamadas Escolas Promotoras de Saúde cujo principal objetivo se centra na procura constante de um estilo de vida saudável, de aprendizagem e trabalho propício ao desenvolvimento da saúde (http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/index.html, acedido a 11 de dezembro de 2010). Com base nestas diretrizes, os países têm avançado no processo de definição de critérios e procedimentos para a acreditação das Escolas Promotoras de Saúde. Em termos gerais, os procedimentos incluem normas sobre requisitos mínimos, certificação por parte dos Ministérios da Saúde e da Educação, atividades de monitorização e acompanhamento, requisitos de informação e período de acreditação. A título de exemplo, o Chile assume como atividades de promoção de saúde o desenvolver de pelo menos três programas nas áreas da alimentação, uso de tabaco, álcool ou drogas, promoção de saúde bucal, ambiente escolar, educação física e fatores psicossociais protetores (afetividade e sexualidade, educação em habilidades para a vida, relações interpessoais) (OMS, 2003).

Se o Programa Curricular Nacional por si só, e a escola, não esquece a educação para a saúde e sua promoção, outros programas existem que o completam. Em 2008 sai uma Portaria, nº 655, instruindo sobre a aplicação do Programa Cuida-te. Este programa objetiva a promoção da saúde juvenil e de estilos de vida saudáveis através do fomento das práticas de exercício físico regular e de uma alimentação saudável, da prevenção de consumos nocivos e da promoção da saúde sexual e reprodutiva. Quanto aos destinatários foi concebido para jovens entre os 12 e 25 anos, professores, pais, dirigentes associativos juvenis, profissionais de saúde e outros relacionados com a intervenção do programa. A aplicação deste programa não se limita aos estabelecimentos de ensino mas de facto estes constituem uma das entidades promotoras.

1.6 Pertinência do estudo

Há muito que a Psicologia preconiza a infância e a adolescência como etapas únicas do ciclo de vida e, portanto, cuja atenção concedida deve ser singular. As crianças não são mais vistas como pequenos adultos, e detêm agora o reconhecimento de que possuem voz e

formas específicas de ver o mundo, nomeadamente no que ao seu bem-estar diz respeito (Jenks, 1996; Mayall, 1996, 2000; Prout & James, 1997; Smith et al., 2000 *in* Smith et al., 2004). Devido à relativa imaturidade e falta de poder social, as crianças e jovens são quem mais sofre as consequências do meio envolvente sendo por isso importante que a investigação se centre nestas faixas etárias (Crivello, Camfield & Woodhead, 2009). Efetivamente, como refere Langsted (1994 *in* Crivello et al., 2009), este tipo de investigação assume que a criança é quem mais sabe sobre si mesmo e a sua vida, conferindo-lhe competência como ator social.

A literatura sustenta que estas conceções afetam significativamente os comportamentos saudáveis ou prejudiciais à saúde da população, a consciência do conceito de saúde e ainda a perceção de risco (Gillick, 1985 & Helman, 1991 *in* Piko & Bak, 2006). É desta forma que a informação sobre o conhecimento das crianças quanto a este conceito contribuirá para que profissionais de saúde possam adequar o discurso médico, bem como possibilitará a elaboração de programas preventivos de saúde adequados a determinadas faixas etárias (Burbach, 1986 *in* Piko & Bak, 2006). A educação para a saúde propõe-se a ajudar os jovens fornecendo-lhes ferramentas que lhes permitam a tomada de decisão e a adoção de comportamentos responsáveis para com eles, os outros e o ambiente, e ainda que os tornem membros ativos e preocupados com a saúde na sociedade onde se inserem (French Ministry of Education, 1998 *in* Jourdan, Namara, Simar & Pommier, 2010). A promoção da saúde chegou já ao ambiente escolar, pois esta desempenha um papel primordial no processo de aquisição de estilos de vida (Plano Nacional de Saúde, 2004/2010 acedido em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1_531.html a 10 de julho de 2010).

Em suma, apesar da relevância que este tema tem vindo a assumir na comunidade científica, perceber a conceção de saúde em crianças revela-se ainda um tópico pouco explorado (Piko & Bak, 2006). Assim, o presente estudo tem por objetivos, primeiramente caracterizar as conceções de saúde e doença em frequência categorial (quantidade de categorias e número de indicadores) bem como comparar as conceções de saúde e de doença, quanto ao número de indicadores e quantidade de categorias referenciadas. De seguida, analisar as conceções de saúde e doença quanto ao género, constitui-se um outro objetivo por não se ter vindo a dar importância a estas diferenças. De facto, será importante perceber se rapazes e raparigas conceptualizam de igual forma saúde e doença.

A escola cumpre o objetivo de ensinar e aprender, mas também, apresenta-se como sítio privilegiado para a promoção e desenvolvimento da saúde para as crianças, família e

professores, não sendo possível destringir saúde de educação (Tang, 2009 *in* Jourdan et al., 2010). Como Young (2008 *in* Jourdan et al., 2010) vem mostrar, uma escola em que prática e teoria se coadunam num mesmo sentido promove a inclusão social, melhora a educação e aprendizagem, aumenta o bem-estar emocional e reduz os comportamentos de risco para a saúde. Desta forma, analisar diferenças nas concepções de saúde e doença em função do nível de escolaridade e em função do contexto assume-se como um outro objetivo deste estudo.

Por outro lado, é objetivo perceber também de que forma a idade é factor diferenciador das concepções destes adolescentes. Alguns estudos têm vindo a mostrar que crianças de diferentes idades tendem a estabelecer um conceito de saúde e doença de acordo com a sequência normativa do desenvolvimento cognitivo (Kalnins & Love, 1982; Bibace & Walsh, 1980 *in* Boruchovitch & Mednick, 1997). Em conformidade, a investigação mostra que as concepções percorrem um caminho do concreto (e.g., comportamentos) para o abstrato (e.g., sentimentos) (Boruchovitch & Mednick, 1997), justificando-se assim a análises das diferenças nas concepções de saúde e doença por idade.

Por último, objetiva-se avaliar efeitos interativos da idade e do contexto escolar na construção da concepção de saúde e doença, pois a conceptualização de doença tende a ser mais abstrata ao longo da linha cronológica, em que a visão de que doença se relaciona com a impossibilidade de realizar atividades desejadas aumenta com a idade e escolaridade (Apple, 1960; Natapoff, 1978 *in* Boruchovitch & Mednick, 1997). Este é um objetivo essencialmente tendo em vista investigações futuras.

Os objetivos assumidos pedem uma complementaridade entre análises qualitativas e quantitativas.

Capítulo II - Metodologia

2.1 Objetivos

Tal como referenciado e justificado anteriormente, os objetivos mais especificados desta investigação são:

- a) Caracterizar as concepções de saúde e doença em frequência categorial, quantidade de categorias e número de indicadores;
- b) Comparar as concepções de saúde e de doença, quanto ao número de indicadores e quantidade de categorias referenciadas;
- c) Caracterizar as concepções de saúde e doença quanto ao género;
- d) Analisar diferenças nas concepções de saúde em função do nível de escolaridade;
- e) Analisar diferenças nas concepções de doença em função do nível de escolaridade;
- f) Caracterizar os contextos educativos quanto ao nível de práticas orientadas para a educação para a saúde;
- g) Analisar diferenças nas concepções de saúde em função do contexto;
- h) Analisar diferenças nas concepções de doença em função do contexto;
- i) Avaliar efeitos interativos da idade e do contexto escolar na construção da concepção de saúde e doença.

2.2 Participantes

A amostra foi selecionada conforme um processo não probabilístico segundo uma amostragem por conveniência. O estudo das concepções de saúde e doença foi realizado com uma amostra de 132¹ sujeitos de duas escolas do Ensino Básico do 2º e 3º Ciclo.

Para a seleção estabeleceu-se como critérios:

- Estudantes a frequentarem o 7º, 8º e 9º ano de escolaridade;
- Estudantes a frequentarem escolas aparentemente diferentes quanto aos estímulos proporcionados na educação para a saúde.

Funcionaram ainda como fatores de exclusão:

- Ausência de autorização dos pais para participação no estudo;
- Existência de patologia do tipo crónico ou cuidado específico com a saúde – pertinente por se encontrar diferença ao nível das concepções elaboradas.

2.2.1 Caracterização Sociodemográfica da amostra

2.2.1.1 Escolaridade

¹ Destes 132 jovens, estão incluídas 3 que não responderam à instrução de forma completa, ora indicando apenas concepção de saúde ora apenas concepção de doença, daí que parte das análises contemplem diferença ao nível do número de participantes.

Os dados relativos ao ano de escolaridade, que os adolescentes incluídos na amostra frequentavam na altura, estão representados no Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição da amostra em função do ano de escolaridade

Ano de escolaridade	N	%
7	30	22,7
8	33	25,0
9	69	52,3
Total	132	100,0

2.2.1.2 Idade

A idade dos adolescentes incluídos neste estudo compreende-se entre os 11 e os 16, com uma média de 13.39, tal como representado no Quadro 2. A idade dos sujeitos foi calculada com base na data de realização da recolha de dados.

Quadro 2 – Distribuição da amostra em função da idade

Idade	N	%
11	2	1,5
12	24	18,2
13	35	26,5
14	63	47,7
15	7	5,3
16	1	0,8
Total	132	100,0

2.2.1.3 Género

Quanto ao género dos adolescentes, a distribuição está apresentada no Quadro 3.

Quadro 3 – Distribuição da amostra em função do género

Género	N	%
Masculino	55	41,7
Feminino	77	58,3
Total	132	100,0

2.2.1.4 Nível Socioeconómico dos cuidadores dos adolescentes

A caracterização do nível socioeconómico foi realizada com base na informação da escolaridade e profissão de ambas as figuras cuidadoras, que na maioria dos casos corresponde às figuras parentais. No estabelecimento da análise dos dados obtidos, esta variável será usada tendo em conta o nível socioeconómico de cada um dos cuidadores. A

opção assim tomada prende-se com o facto de alguns participantes fazerem parte de famílias monoparentais, e outros apenas forneceram informação relativamente a um dos cuidadores.

O nível socioeconómico foi estabelecido de acordo com a classificação usada pela Consulmark² (cf. Anexo A).

Como se pode verificar no Quadro 4 a maior parte dos pais das crianças enquadram-se num nível socioeconómico médio, sendo que as mães se enquadram num nível socioeconómico médio-alto.

Quadro 4 – Distribuição da amostra em função do nível socioeconómico do pai³ e mãe⁴

Pai			Mãe		
<i>Nível Socioeconómico</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Nível Socioeconómico</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Alto	22	16.7	Alto	25	18.9
Médio Alto	38	28.8	Médio Alto	41	31.1
Médio	46	34.8	Médio	37	28.0
Baixo	23	17.4	Baixo	27	20.5
Total	129	97.7	Total	130	98.5

2.2.1.5 Instituição de Ensino frequentadas pelos adolescentes

As instituições de ensino onde os adolescentes estavam a estudar estão representadas no Quadro 5, com informação referente ao ano de escolaridade, idade e género dos jovens segundo uma distribuição por escola. As duas instituições de ensino seleccionadas estão representadas como Escola A e B, dos quais 80 adolescentes estavam a frequentar o 3º ciclo na primeira escola referenciada, e 52 na segunda.

Quadro 5 - Distribuição da amostra em função da instituição de ensino

Escola A			Escola B		
Género	Feminino	42	Género	Feminino	35
	Masculino	38		Masculino	17
Escolaridade	7º	18	Escolaridade	7º	12
	8º	24		8º	9
	9º	38		9º	31
Idade	11	1	Idade	11	1
	12	15		12	9
	13	21		13	14
	14	36		14	27
	15	7		15	1

² Documento sem data fornecido pela empresa CONSULMARK

³ Das 132 crianças, 3 não responderam à escolaridade do pai pelo que não foram incluídas nas análises.

⁴ Das 132 crianças, 2 não responderam à escolaridade do pai pelo que não foram incluídas nas análises.

2.3 Instrumentos

Esta secção contempla a apresentação dos instrumentos utilizados para a realização da presente investigação. No Quadro 6 estão apresentados os instrumentos utilizados e as respetivas variáveis ou aspetos em estudo. Não obstante, nesta secção será ainda apresentada a análise de conteúdo por ter exigido um trabalho prévio de preparação.

Quadro 6 – Instrumentos utilizados e variáveis em estudo

Variáveis	Instrumento
Conceção de doença e de Saúde	Técnica de Desenho e Escrita
<ul style="list-style-type: none">• Idade• Nível sócio-económico• História clínica do sujeito	Questionário Sócio-Demográfico
Riqueza contextual de ações para a saúde	Grelha de Observação do Contexto Escolar

Técnica do desenho e escrita (Williams, Wetton & Moon, 1989). Trata-se de um método que permite a exploração de significados. É composto por duas instruções complementares, a primeira solicitando um desenho e a segunda um texto escrito. Desta forma, este pedido é feito segundo instruções específicas lidas em voz alta para os sujeitos participantes, “Desenha de um lado da folha uma pessoa saudável/com saúde e do outro lado da folha uma pessoa doente. Desenha o melhor que puderes. Se quiseres podes colorir. Escreve também (ou diz, se preferires) algumas frases sobre o que é estar doente e o que é estar saudável/com saúde”.

Uma folha A4 encontrava-se dividida ao meio para que, de um dos lados fosse elaborado o desenho de uma pessoa saudável, e do outro o de uma pessoa doente. Foi ainda referido o uso opcional de lápis de cor para colorir o desenho. Esta técnica tem vindo a sofrer algumas críticas, nomeadamente no que concerne a questões metodológicas, analíticas e éticas (Milburn & McKie, 1999), mas é também considerada uma mais-valia na investigação da conceção de saúde em crianças quando conjugado o desenho com a escrita (Onyango-Ouma et al., 2004 & Pridmore, 1995 in Piko & Bak, 2006). Pelas características supracitadas, a *técnica do desenho e escrita* surgiu, neste estudo, como a técnica mais apropriada para perscrutar as crianças. Esta mesma técnica permitiu, assim, envolvê-los e promover o acesso a planos internos difíceis de explorar, bem como promover e recolher a sua perspetiva sobre o tema.

Questionário sócio demográfico, construído especialmente para este estudo, a ser preenchido pelos participantes (cf. Anexo B). Com o intuito de analisar algumas variáveis

contextuais, criou-se um questionário contemplando dois tipos de informação distintas. Assim, uma primeira parte considera informação sócio – demográfica como o nome do aluno, data de nascimento e idade, escolaridade e profissão dos pais, e posteriormente solicita-se informação ao nível da saúde, referentes ao participante mas também ao meio circundante com o qual este contacta. Nesta segunda parte foi incluída questões referentes a cuidados especiais de saúde, doenças crónicas ou outras informações do próprio, e informação quanto ao contacto próximo, num período inferior a um mês, com pessoas doentes.

Grelha de análise de acções para a saúde no contexto escolar, construída especialmente para este estudo e a ser preenchida pelo investigador (cf. Anexo C). Assente num conjunto de tópicos e questões que visam analisar o contexto quanto a ações desenvolvidas sobre o tema saúde, contém um conteúdo observacional e uma entrevista semi-estruturada.

A primeira parte abarca questões relacionadas com o tipo de alimentação existente na escola (variedade de alimentos e comparação de preços de alimentos considerados saudáveis e alimentos prejudiciais à saúde), recolha de informação quanto à venda de tabaco e permissão para fumar dentro da escola, informação diretamente relacionada com o desporto (existência de cartazes relacionados com a prática desportiva, espaço físico existente para a prática desportiva, existência de atividades extra-curriculares), questões relacionadas com a higiene (limpeza dos quartos de banho, existência de papel higiénico e líquido para as mãos, existência de lavatório na cantina e estado dos bebedouros) e por fim, relação com os pares (existência de guerrilhas, *bullying*, violência física e/ou verbal).

No que diz respeito à entrevista, esta destina-se aos funcionários, professores, psicólogo e profissional de saúde (enfermeiro). Quanto aos funcionários, pretendeu-se saber de que forma estes interagem com os alunos, nomeadamente no que respeita a reprimendas de mau comportamento. Junto do profissional de saúde o principal objetivo é recolher informação no sentido de perceber se os alunos se dirigem a este recurso. Já junto do psicólogo pretende-se saber se existe a predominância de alguma doença mental ou se há casos de depressão, acreditando que a predominância deste tipo de questões indica um ambiente hostil ou por outro lado de alerta para a doença. Quanto aos professores o objetivo centra-se no tipo de relação entre alunos e professores, escola e família, e existência de programas implementados na escola cujo tema de base seja a saúde.

Pridmore e Bendelow (1995 *in* Piko & Bak, 2006) identificaram um conjunto de categorias predominantes no discurso de crianças acerca daquilo que acreditam mantê-las

saudáveis. Assim, a dieta/comida saudável, fruta e vegetais, desporto e exercício, higiene, não fumar e dormir foram temas referidos como saudáveis, sendo que também salientaram "coisas não saudáveis" por exemplo, fumar, dieta não saudável, poluição do ambiente, álcool e violência. Não obstante, os participantes concordam que a abordagem na sala sobre drogas e o seu abuso, sexualidade, consumo de tabaco, exercício físico e nutrição é uma prática recorrente e essencial. Também a equipa escolar refere ser importante o acesso a profissionais de saúde especializados (enfermeiros) no que entendem por um ambiente escolar saudável, salientando que a depressão é a doença mental que surge mais frequentemente (Smith et al., 2004). Se por um lado se verificou que alunos e *staff* referem que as questões acima referidas são abordadas no contexto de aula, por outro a saúde mental parece ser a questão que recebe menor atenção. Por último, quanto à higiene (limpeza dos quartos de banho e fontes de água) e à alimentação nota-se que os estudantes têm uma perceção mais negativa do que a equipa escolar, o que não será surpreendente, pois são os primeiros, que mais contacto têm com estes assuntos da saúde escolar.

Também o estudo realizado por MacGregor e Currie (1998) trouxe novos parâmetros para a construção da grelha aqui referente. Após a análise dos dados recolhidos em escolas, encontraram-se as seguintes categorias: comida e bebida, cuidados médicos e de saúde oral, relacionamentos, exercício/jogos/brincadeiras, segurança, higiene, trabalho, instruções negativas e saúde emocional. Relativamente à primeira categoria, também Pridmore e Bendelow a haviam já mencionado, contudo, na presente investigação, esta alude não só para a existência de comida saudável na escola mas também para o preço da mesma. Destaca-se ainda a categoria exercício por referirem não só atividades preferidas mas também o envolvimento do pessoal docente e não docente nas atividades programadas, clubes extra curriculares e o tempo cedido para a discussão de temas por parte de toda a turma.

Como a literatura refere, o contexto escolar é um dos fatores que parece influenciar as conceções de saúde e de doença dos adolescentes. Desta forma, o estudo prosseguiu no sentido de caracterizar os contextos educativos quanto à prática de ações promotoras da saúde de forma a conhecer se existem fatores que os diferem. Para esta análise o preenchimento da grelha obedeceu a um critério de cotação entre 0 e 1 para cada item discriminado. Em um item a ponderação foi duplicada por assumir maior importância enquanto estímulo do que os demais. Neste critério encontra-se a ponderação feita quanto ao preço da comida disponível no bar. De facto, a fruta e o leite encontravam-se disponíveis de forma gratuita na Escola Básica B, enquanto na Escola A a fruta é vendida e

não há leite disponível, nem para venda. Nesta escala, a comparação de preços foi efetuada entre o mesmo tipo de alimentos, tendo-se selecionado aqueles que mais largamente eram descritos na literatura, leite, fruta, sumo natural, sumos gaseificados, iogurtes e bolachas. Importa referir que se eliminou a escala correspondente ao tipo de comida existente no bar e cantina por serem equivalentes em ambas as escolas. Quanto aos projetos desenvolvidos em cada contexto escolar, a cotação assume correspondência com o número de projetos em ação na escola, um ponto por cada projeto.

2.4 Procedimento

O recrutamento dos sujeitos da amostra foi realizado em duas instituições de ensino, uma no distrito do Porto e outra no distrito Bragança. O primeiro contacto foi efetuado junto dos diretores das respetivas escolas no sentido de obter autorização para a recolha. Desta forma, o diretor de cada escola selecionou duas turmas de 7º ano, duas do 8º ano e duas do 9º ano de forma a proceder-se à entrega das respetivas autorizações para participação no estudo. Um acordo relativamente às autorizações foi ainda estabelecido, pelo que se elaborou dois tipos de autorização de forma a responder aos pedidos específicos das escolas (cf. Anexo D e E).

Num segundo momento, os diretores das turmas selecionadas procederam à entrega e recolha das autorizações, onde apenas após esta recolha é que foi estabelecido um horário para a recolha de dados.

A recolha foi feita numa aula que melhor conveio ao próprio funcionamento da escola. Após ausência do professor, os participantes procederam à elaboração do pedido na sala de aula. Assim, inicialmente procedeu-se a uma breve apresentação do investigador e contextualização do projeto de investigação em curso e respetivos objetivos. Foram ainda salientados aspetos éticos da aplicação, como por exemplo, a confidencialidade e esclarecimento de que o momento da recolha não se impunha como uma situação de avaliação ou teste. Não obstante, e em sequência temporal, foi ainda perguntado aos participantes se era desejo dos mesmos colaborarem na investigação, não tendo havido recusa por parte de nenhum dos participantes. Seguidamente, e em primeiro lugar, distribuíram-se as folhas sócio – demográficas, e só após o preenchimento destas foram dadas as instruções relativamente ao instrumento “técnica do desenho e escrita”. Estas instruções concretizaram-se de duas formas, verbalmente e, posteriormente mediante a entrega das mesmas instruções em suporte de papel e respetiva folha de aplicação. Após

este procedimento informou-se os sujeitos de que a tarefa teria um período de 20 minutos para ser realizada, concedendo-se tolerância sempre que se mostrou necessário.

Terminada a realização da tarefa consentiu-se um espaço para dúvidas e comentários, momento finalizador do contacto entre participantes e investigador. Deste momento não se destaca nenhuma pergunta ou dúvida mais frequente.

A aplicação da grelha de análise do contexto escolar foi efetuada em ambas as escolas. O momento destinado a esta aplicação foi o decorrente entre os momentos de recolha junto dos participantes. Isto é, no tempo de espera entre aulas, tendo obedecido a um período médio de 4 horas em cada escola.

2.5 Procedimento de tratamento da informação: Complementando-se - análise mista

O método de análise de conteúdo insere-se no leque de técnicas concebidas para a análise de dados qualitativos. Tendo como início a procura dos sentidos dos artigos e propagandas da imprensa escrita nos Estados Unidos, é atualmente uma técnica bastante usada na área da saúde (Campos, 2004). Assim, denomina-se também como técnica de análise de comunicações utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos de conteúdos levando a inferências de conhecimento (Bardin, 1995).

Seguindo as fases apresentadas por Campos (2004) a análise de conteúdo inicia-se com uma fase de exploração onde é ressaltada a importância do contacto com o material de estudo, apropriando-se deste sem uma estrutura rígida, apenas com o intuito de se obter uma primeira leitura de onde poderá destacar pistas e indícios não óbvios. Seguidamente, apresenta-se a fase da seleção das unidades de análise. Esta é sem dúvida uma fase de extrema importância para o investigador pois será aqui que definirá as respostas às questões que pretende ver respondidas. Sabendo-se a diversidade de recortes passível de ser elaborado, procedeu-se a uma análise categorial num modelo desenvolvido por Lígia Lima e Marina S. Lemos (2008), adaptado do sistema alfa-numérico de codificação de Boruchovitch e Mednick (1997), baseado num sistema de categorização para cada um dos constructos (saúde e doença) assente em pares de categorias (cf. Anexo F).

A análise de conteúdo contou ainda com o estabelecimento de um acordo inter observador. Este acordo foi de 85% para a classificação das unidades e de 92% para a identificação do número de unidades. O acordo foi estabelecido com mais 2 observadores, após um procedimento rigoroso de treino e acordo. Apesar da percentagem de acordo obtida para a divisão do texto em unidades de significado, considerou-se que esta deveria realizar-se em conjunto com os outros observadores da equipa de investigação envolvida

com o presente estudo. Já a categorização foi realizada de forma autónoma, por a percentagem de acordo ser satisfatória.

A permissão para que os sujeitos dessem múltiplas respostas para as questões colocadas, exigiu uma análise mediante a classificação de cada uma das unidades de significado nas categorias atrás referidas. Assim, após realizada a análise de conteúdo, quantificaram-se as unidades registadas em cada uma das categorias propostas. Posteriormente, com o objetivo de perceber a influência das variáveis assumidas, realizou-se análises quantitativas, mediante o uso do programa estatístico – SPSS. Quanto à interpretação do significado estatístico destas análises, utilizou-se como referência um nível de análise de 5%, ou seja, a probabilidade de que o cálculo das associações não seja devido ao acaso, será analisada sempre que esta seja inferior a 0,05.

Resta salientar que as análises foram efetuadas separadamente para a conceção de saúde e doença.

Capítulo III – Resultados da Investigação

Nesta secção pretende-se primeiramente apresentar os resultados que caracterizam a conceção de saúde e de doença ao nível da frequência das categorias que as definem. De seguida, serão apresentados os dados que permitem compará-las, referenciando-se a quantidade de categorias mencionadas em cada uma das conceções e o número de indicadores.

Posteriormente são apresentados os resultados referentes às diferenças entre as conceções de saúde e de doença de acordo com o contexto escolar, segundo as variáveis género, idade, escolaridade e nível socioeconómico dos cuidadores. Por fim, objetivou-se compreender se as diferenças encontradas poderiam ser explicadas por efeitos interativos entre idade e escolaridade.

3.1 Caracterização das conceções de saúde e doença

Fez-se uma análise individual dos itens no sentido de se averiguar a existência de categorias mais comumente referenciadas, isto é, com maior número de indicadores. Posteriormente, efetuou-se também uma análise ao nível da quantidade de indicadores utilizados, podendo variar entre um indicador e 6 para a conceção de saúde ou 7 para a conceção de doença.

Procurou-se ainda verificar, desta forma, quais eram as categorias mais presentes nas frases descritas pelas crianças e as que quase não eram mencionadas. A análise foi efetuada separadamente para a conceção de doença⁵ e para a conceção de saúde⁶.

3.1.1 Caracterização das conceções de saúde e doença em frequência de categorias

Entre as categorias de saúde mais mencionadas encontram-se “sentimentos gerais de bem-estar e afetos” (71.3%) e “participação em práticas preventivas ou de manutenção da saúde” (32%). Calculou-se também as categorias mais ausentes, isto é, aquelas que menos surgem nas conceções, mediante o cálculo da percentagem de adolescente que não englobaram essas categorias nas suas frases. Assim, quanto à conceção de saúde, surgem como menos referenciadas as categorias “ausência de necessidade de medidas terapêuticas” (0.8%) e “não sei, resposta circular ou incompleta” (16.3%).

Já as categorias para a conceção de doença mais referenciadas foram “não estar saudável, presença de problemas ou ameaças de saúde ou sintomas” (62.7%) e “sentimentos gerais de bem-estar e afetos” (55.6%). Quanto à categoria menos mencionada

⁵ Análise efetuada segundo uma amostra de 126 jovens, pois 6 não realizaram a tarefa completa.

⁶ Das 132 crianças, 3 não escreveram a frase referente ao que é estar saudável pelo que a análise conta apenas com 129 sujeitos.

destaca-se “vantagens e sentimentos agradáveis” (0%), não mencionada por nenhum jovem.

3.1.2 Comparação das concepções de saúde e de doença em termos de quantidade de categorias e número de indicadores

Numa análise global, conclui-se que as concepções de saúde destes jovens são mais ricas em termos de número de indicadores referentes ao que é estar saudável (58.9% mencionam dois ou três indicadores), do que em diversidade de categorias (42.4% referenciam duas categorias). O mesmo se verifica para as concepções de doença, sendo que 54.8% mencionam 2 ou 3 indicadores e 47.6% referenciam duas categorias para a concepção de doença. Importa ainda salientar que para a concepção de saúde encontrou-se um máximo de 15 indicadores, enquanto para a concepção de doença esse máximo é de 11.

3.4 Diferenças de género

Para estudar possíveis diferenças em função do género dos sujeitos, foi realizada uma análise de diferença entre médias (Independent – Samples T - Test). Apenas se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os adolescentes do género feminino ($M = 0.36$, $DP = 0.626$) e do género masculino [$M = 0.11$, $SD = 0.052$; $t(124) = -2.738$, $p = .007$] ao nível da categoria “Não estar doente, ausência de problemas ou ameaças de saúde ou sintomas”.

Uma vez que o número total de indicadores varia entre sujeitos, calculou-se uma nova variável que tenha em conta o peso dos valores obtidos em cada categoria em relação ao número total de unidades mencionadas, por cada sujeito (não incluindo S1 e D1), o que permitirá interpretar os resultados em termos de foco ou concentração dos sujeitos em determinada(s) categoria(s). Após esta análise, encontrou-se igualmente diferenças significativas entre o género feminino ($M = 0.12$, $DP = 0.026$) e o género masculino [$M = 0.04$, $DP = 0.017$; $t(120) = -2.684$, $p = .008$] na categoria “Não estar doente, ausência de problemas ou ameaças de saúde ou sintomas”, em proporção.

Em conjunto, estes resultados significam que há diferenças de género quer quanto ao número absoluto de indicadores desta categoria, quer quanto ao foco nesta categoria, relativamente ao conjunto das categorias de saúde.

3.5 Diferenças de acordo com a idade dos sujeitos

Foi efetuado um estudo de forma a perceber se há diferenças nas categorias em análise de acordo com a idade dos sujeitos. Para tal, foram realizadas análises de variância através do teste ANOVA para as diferentes categorias.

Para possibilitar a comparação de médias foi necessário considerar um número equivalente de sujeitos em cada idade pelo que se selecionaram apenas os sujeitos com idades compreendidas entre os 12 e 14 anos. Assim, a amostra para estas análises conta com 121 sujeitos, 23 com 12 anos, 36 com 13 anos e 62 com 14 anos de idade. Para a conceção de saúde a amostra conta apenas com 117 sujeitos por apenas 22 sujeitos com 12 anos, 35 com 13 e 60 com 14 anos terem realizado a tarefa na totalidade.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à quantidade de categorias saúde ($F(2,119) = 3.746$, $p = .026$) e à categoria “incapacidade para se fazer as atividades exigidas ou desejadas”, em proporção ($F(2,116) = 3.304$, $p = .040$).

Através de um procedimento de comparação múltipla (Post hoc), Quadro 7, mais especificamente através do teste de Scheffe, procurou-se verificar que idades diferiam entre si relativamente às médias para cada uma das categorias.

Quadro 7 – Resultados do teste Post-hoc de Scheffe relativamente à idade

Categoria	Idade		Diferença de médias	Sig.
quantidade de categorias de saúde	12	14	-.494	.039
“incapacidade para se fazer atividades exigidas ou desejadas” em proporção	12	14	1.44	.040

Estes resultados significam que há diferenças de idade quer quanto ao número absoluto de indicadores desta categoria, quer quanto ao foco nesta categoria, relativamente ao conjunto das categorias de saúde.

3.6 Diferenças entre ano de escolaridade

Contemplando a amostra três níveis de escolaridade, 7º, 8º e 9º ano, para efetuar uma análise de forma a perceber a diferença ao nível das conceções de saúde e de doença entre estes anos escolares foi necessário realizar uma análise de variância (ANOVA).

Nesta análise, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas ao nível da categoria “capacidade para se fazer atividades exigidas ou desejadas”, [$F(2, 128) = 5.039$, $p = .008$], “sentimentos gerais de bem-estar e afetos”, [$F(2, 128) = 10.56$, $p = .000$], “incapacidade para se fazer atividades exigidas ou desejadas”, [$F(2,125) = 3.117$, $p =$

.048], e “sentimentos gerais de bem-estar e afetos”, [F (2,125) = 3.549, p = .032], as duas primeiras para a conceção de saúde e as duas últimas para a conceção de doença. Foram também encontradas diferenças quanto à quantidade de categorias de saúde [F (2,128) = 5.143, p = .007], número de indicadores de saúde [F (2,128) = 9.656, p = .000] e número de indicadores de doença [F (2,125) = 6.426 p = .002].

Através de um procedimento de comparação múltipla (Post hoc), Quadro 8, mais especificamente através do teste de Scheffe, procurou-se verificar que anos de escolaridade diferiam entre si relativamente às médias para cada uma das categorias.

Quadro 8 – Resultados do teste Post-hoc de Scheffe relativamente à escolaridade

Categoria	Escolaridade		Diferença de médias	Sig.
“capacidade para se fazer atividades exigidas ou desejadas”	8º ano	9º ano	-.354	.008
“sentimentos gerais de bem-estar e afetos”	7º ano	9º ano	-.876	.002
	8º ano	9º ano	-.901	.001
“incapacidade para se fazer atividades exigidas ou desejadas”	7º ano	8º ano	.175	.008
		9º ano	.154	.007
quantidade de categorias de saúde	7º ano	9º ano	-. 467	.021
número de indicadores de saúde	7º ano	9º ano	-1.279	.007
	8º ano	9º ano	-1.487	.001
número de indicadores de doença	7º ano	9º ano	-1.035	.034
	8º ano	9º ano	-1.202	.009

Os presentes resultados significam que há diferenças de escolaridade unicamente quanto ao número absoluto de indicadores desta categoria.

3.7 Conceção de saúde e doença e nível socioeconómico dos cuidadores

De forma a explorar a existência de diferenças de médias entre as categorias mencionadas e o nível socioeconómico dos cuidadores procedeu-se a um t-test. Foi possível constatar que apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a escolaridade do cuidador masculino e “não estar saudável, presença de problemas e ameaças ou sintomas” [F (3,122) = 2.790, p = .044], “sentimentos gerais de bem-estar e afetos” [F (3,122) = 3.053, p = .031], para a conceção de doença, e número de indicadores de doença [F (3,122) = 3.076, p = .030]. Em todos os casos, as diferenças são estatisticamente significativas entre a média do nível socioeconómico alto e a média do médio, sendo a primeira superior à segunda.

Quanto ao nível socioeconómico da mãe apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre esta e a categoria “Não sei, resposta circular ou incompreensível” [F (2,123) = 4.687, p = .004], para a conceção de doença e “sentimentos

gerais de bem-estar e afetos” [$F(2,123) = 3.306, p = .023$], para a conceção de saúde. Refere-se ainda que existem diferenças significativas entre a média do nível socioeconómico baixo e alto, sendo a do primeiro superior, para a primeira categoria. Quanto à segunda, “sentimentos gerais de bem-estar e afetos”, não há diferenças estatisticamente significativas entre os níveis estudados.

Estes resultados significam que há diferenças de nível socioeconómico unicamente quanto ao número absoluto de indicadores desta categoria, não ocorrendo quando analisadas as categorias relativamente ao conjunto de todas as categorias de saúde e doença.

3. 8 Caracterização do Contexto educativo

O contexto educativo foi caracterizado de forma a perceber diferenças em termos de ações para a saúde. Assim, importa referir de que forma estes se diferenciam.

Mediante a descrição de frequências observou-se que, de uma forma global, a escola B apresenta um contexto com mais quantidade/intensidade de prática de ações para a saúde. Contudo, esta visão global resulta da caracterização de subfactores. Assim, estas duas escolas distinguem-se essencialmente ao nível dos preços exercidos nos seus bares, na limpeza dos quartos de banho, na relação entre os alunos, ao nível das reprimendas observadas por parte dos funcionários relativamente a comportamentos considerados desadequados, no que respeita ao convívio entre alunos e professores, na existência de casos de *bullying* e nos projetos de promoção de saúde existentes.

Quanto ao primeiro subfactor, preços exercidos nos seus bares, tendo já sido esclarecido o modo de cotação, a escola de B obteve 7 pontos enquanto a escola do A apenas obteve 1. Tal deve-se ao facto de na escola B existir leite e fruta disponíveis de forma gratuita, não verificado na escola A, e por na maioria dos produtos, exceto em um, os preços serem mais baixos na escola B comparativamente à A.

Relativamente à limpeza dos quartos de banho, de facto, a escola B apresentava indicadores de maior limpeza dos mesmos.

Por ter sido possível observar reprimendas verbais por parte dos funcionários a alunos que se encontravam sem aulas, foi atribuído um ponto à escola B por se acreditar que contribui para o bom ambiente escolar pela indicação e correção de comportamentos desadequados.

No que respeita às relações, na relação entre alunos na escola A foram observadas algumas guerrilhas entre os mesmos, não observadas na escola B tendo esta escola obtido

um ponto por este subfactor ser cotado de forma inversa. Na relação entre alunos e professores, sabe-se que a na escola B existem alguns jogos de futebol entre alunos e professores, marcados de forma autónoma e por iniciativa dos mesmos o que faz transparecer uma boa relação entre estes. Não havendo conhecimento do mesmo na escola do A, nem conhecimento de outras iniciativas do género esta escola não obteve pontuação neste subfactor. Durante o período de observação, na escola A foi possível assistir a uma queixa formal, com implicação da polícia, por alegado abuso de um professor sobre um aluno. São também conhecidos alguns casos de bullying nesta escola ainda que atualmente haja conhecimento da existência de ações formativas a este respeito.

Quanto aos projetos de promoção de saúde, a escola B obteve 3 pontos, um por cada projeto em ação na altura da recolha da amostra, e a escola A obteve 1 ponto.

Em todos os outros fatores estas escolas assemelham-se, tendo obtido por isso a mesma pontuação.

3. 9 Diferenças entre escolas

De modo a estudar possíveis diferenças em função da escola que os sujeitos frequentavam na altura da recolha da amostra, foi realizada uma análise de diferença entre médias (Independent – Samples T - Test). Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre a escola de B ($M = 0.06$, $DP = 0.240$) e A [$M = 0.18$, $DP = 0.453$; $t(126) = -2.000$, $p = .048$] ao nível da categoria “Não sei, resposta circular ou incompreensível”, para a conceção de doença.

3.10 Diferenças entre escolas tendo em conta o ano de escolaridade

Apesar de não se terem verificado diferenças em termos contextuais, procedeu-se à análise por ano de escolaridade numa comparação de médias segundo a variável escola.

Assim, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre a escola B ($M = 0.75$, $DP = 0.965$) e A [$M = 0.11$, $DP = 0.323$; $t(29) = 2.211$, $p = .046$], para o 7º ano, ao nível da categoria “capacidade para fazer as atividades exigidas ou desejadas” e da categoria “e não estar saudável, presença de problemas ou ameaças de saúde ou sintomas” em proporção, escola B ($M = 0.14$, $DP = 0.212$) e A [$M = 0.42$, $DP = 0.382$; $t(29) = -2.325$, $p = .028$]. Para o 8º ano as diferenças são ao nível da categoria “não sei, resposta circular ou incompreensível” tanto para a conceção de saúde [Escola A: $M = 0.26$; $DP = 0.449$; Escola B: $M = 0.00$, $DP = 0.00$, $t(31) = -2.787$, $p = .11$] como de doença [Escola A: $M = 0.23$; $DP = 0.429$; Escola B: $M = 0.00$, $DP = 0.00$, $t(31) = -2.485$, $p = .21$]. Quanto ao

9º ano as diferenças são ao nível da categoria “capacidade para fazer as atividades exigidas ou desejadas” [Escola A: $M = 0.68$; $DP = 0.471$; Escola B: $M = 0.14$, $DP = 0.351$, $t(67) = -5.439$, $p = .00$], quantidade de categorias de saúde [Escola A: $M = 2.18$; $DP = 0.865$; Escola B: $M = 1.76$, $DP = 0.739$, $t(67) = -2.122$, $p = .38$], quantidade de categorias geral [Escola A: $M = 4.26$; $DP = 1.427$; Escola B: $M = 3.60$, $DP = 1.248$, $t(67) = -2.009$, $p = .49$] e “capacidade para fazer as atividades exigidas ou desejadas” em proporção [Escola A: $M = 0.18$; $DP = 0.144$; Escola B: $M = 0.04$, $DP = 0.099$, $t(67) = -4.695$, $p = .00$].

Em conjunto, estes resultados significam que há diferenças de escolaridade tendo em conta a escola quer quanto ao número absoluto de indicadores desta categoria, quer quanto ao foco nesta categoria, relativamente ao conjunto das categorias de saúde.

3.11 Diferenças entre escolas tendo em conta a idade

Mediante o recurso à análise estatística ANOVA, nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada quando comparadas as escolas A e B quanto à idade dos sujeitos.

Capítulo IV – Discussão dos Resultados

4.1 Conceção de saúde e doença

Tal como no estudo de Daigle e colaboradores (s/d), que seleciona cinco categorias mais predominantes nos desenhos das crianças, também este estudo realizou-se tendo em conta seis (conceção de saúde) ou sete categorias (conceção de doença). De facto, a presente investigação destaca, para a concepção de saúde, a categoria relacionada com sentimentos de bem-estar e afeto e a participação em medidas preventivas o que vem de acordo ao esperado para esta faixa etária. Efetivamente, nesta etapa do desenvolvimento as concepções não se limitam ao modelo biomédico englobando aspetos de cariz psicológico e do comportamento do sujeito. Os nossos resultados vêm ainda de encontro aos encontrados por Piko e Back (2006). A predominância da categoria de prevenção vem de encontro aos resultados obtidos por Jutras e colegas (*in* Marks et al., 2005) e por Macintyre e colaboradores (2006).

Quanto aos resultados descobertos para a concepção de doença pode-se concluir que também aqui os adolescentes apresentam uma concepção mais elaborada do que a proposta pelo modelo biomédico. Tal como no estudo de Millstein et al. (1981) os resultados vão de encontro a uma explicação fisiológica e psicofisiológica. Foi possível perceber diferenças entre os sujeitos, que apontam no sentido dos estudos realizados anteriormente. Isto é, quanto mais velhos maior a diversidade de categorias, o que pode ser explicado por concepções mais complexas. Desta análise mais detalhada, que tenta perceber as diferenças por idade, o resultado obtido está em consonância com o encontrado no estudo de Schmidt e Frohling (2007), que refere que crianças mais novas destacam mais aspetos negativos nas suas concepções de doença, pois os jovens de 12 anos parecem referir mais vezes a incapacidade para se fazer as atividades desejadas do que os de 14, maior alusão a aspetos negativos nos jovens mais novos. Por outro lado, estes mesmos resultados corroboram os encontrados por Apple (1960) e Natapoff (1978), que refere que crianças mais velhas relatam mais frequentemente aspectos relacionados com a capacidade para realizar actividades.

Nenhum estudo encontrado faz referência a uma concepção de doença em que há ganhos, como por exemplo, receber mais atenção, e efetivamente os resultados da presente investigação apontam para a ausência desta categoria nas concepções destes jovens. Uma explicação poderá advir do facto de esta ser uma categoria que apela à influência contextual e experiencial de cada sujeito. Assim, contendo a amostra apenas sujeitos saudáveis, podemos ir de encontro ao pressuposto de que a experiência individual é

influyente no que estas crianças concebem como estar saudável e doente, tal como referem Piko e Back (2006).

Não obstante, apesar dos resultados acima referenciados, a análise comparativa do número de indicadores e quantidade de categorias leva-nos ao encontro do estudo realizado por Bird e Podmore. Sendo o número de indicadores significativamente superior à quantidade de categorias pode-se lançar a hipótese de uma maior fluência verbal relativamente à complexidade das conceções. Salienta-se apenas o facto de no estudo de Bird e Podmore não terem sido encontradas outras diferentes nas conceções, o que levou estes autores a crer que as conceções de crianças mais velhas não são efetivamente mais complexas e abrangentes, mas sim refletem unicamente uma maior capacidade de escrita, enquanto no nosso estudo em concreto existem outras diferenças ao nível das conceções de saúde e de doença. De facto, verifica-se uma maior fluência escrita mas verifica-se também uma maior complexidade das conceções de crianças mais velhas.

4.2 Diferenças de género

A literatura parece não se ter debruçado sobre a diferença entre géneros. Contudo, foi objetivo verificar estas diferenças e os resultados sugerem que as raparigas parecem ter uma conceção de saúde mais orientada pelo modelo biomédico do que os rapazes.

4.3 Diferenças entre ano de escolaridade

O programa educativo das diferentes disciplinas contempla objetivos distintos de aprendizagem, pelo que, parte-se do pressuposto que os conhecimentos dos alunos do 7º ano são divergentes dos do 8º e 9º. Tal como já foi anteriormente referido, o 9º ano apresenta-se o ano por excelência onde aprendem mais especificamente aspetos relacionados com o estado de estar doente e com o conceito de saúde, nomeadamente, referindo doenças específicas na abordagem pedagógica, abordando a sexualidade e aprendendo inclusive a definição de saúde sugerida pela OMS. Desta forma, podemos então explicar o facto de estes mesmos alunos referirem mais vezes indicadores tanto de doença como de saúde. O seu conhecimento em relação a estes conceitos é esperado que seja superior relativamente aos restantes sujeitos, por uma transmissão feita a nível educativo destas questões, o que lhes permite à partida um *background* maior aquando da escrita do que é ser saudável ou doente.

A categoria “sentimentos gerais de bem-estar e afetos” é aquela em que se enquadra grande parte da definição de saúde proposta pela OMS. Assim, a maior frequência desta categoria em alunos do 9º ano comparativamente aos do 7º e 8º poderá ser explicada pelo

conhecimento adquirido no último ano do terceiro ciclo. Não obstante, o facto de não terem sido encontradas diferenças entre anos nesta mesma categoria para a concepção de doença poderá derivar-se do facto de a OMS não fornecer uma definição de doença, e que não é portanto transmitida no programa curricular. Por outro lado, verificando-se uma maior incidência da categoria “incapacidade para realizar atividades desejadas ou exigidas” nos alunos do 7º ano, e portanto menor presença desta categoria nas concepções dos alunos do 9º ano comparativamente, é possível lançar a hipótese de os alunos do 9º ano abandonarem este tipo de concepção pela detenção de outro tipo de informação que modula as suas concepções.

O programa escolar parece centrar-se numa comunicação mais fortemente relacionada com um discurso que valoriza a adoção de comportamentos para a saúde, quer pela promoção de comportamentos saudáveis, quer por um discurso de atribuição causal entre o estar doente e certos comportamentos como consumir substâncias psico-ativas. Esta constatação poderá explicar os resultados encontrados, em que há uma relação positiva entre o ano de escolaridade e uma concepção do que é estar doente centrada na falta de práticas preventivas ou de manutenção da saúde. Assim, sem descurar que crianças mais novas possam também ter presente nas suas concepções esta categoria, o facto de em termos contextuais haver uma exposição maior a informação relacionada com esta categoria pode modificar a concepção que o jovem tem de saúde e doença.

O facto de não existirem estudos que se centrem em específico nestas questões não permite a comparação de dados sendo porém aqui lançadas algumas hipóteses que parecem ter sustentação teórica.

Por seu turno, refletimos sobre o facto de os alunos a frequentar o 7º, 8º e 9º ano terem idades semelhantes e muito próximas. Será difícil, com a amostra presente, destrinçar a variável idade e escolaridade sendo necessário estar alerta para o facto desta similaridade. Apesar desta constatação, a verdade é que as diferenças encontradas tendo em conta o ano de escolaridade não são as mesmas tendo em conta a idade.

4.4 Diferenças socioeconómicas

O resultado obtido quanto às diferenças encontradas entre nível socioeconómico do pai e concepção de doença sugere que o grau de instrução e, consequentemente, a informação a que estes adolescentes têm acesso influencia aquilo que julgam ser estar doente. Os adolescentes cujos pais têm um nível socioeconómico mais elevado referenciaram mais vezes a categoria “não estar saudável, presença de sintomas ou

ameaças de saúde” e a “sentimentos gerais de bem-estar e afetos”. Ainda que, os estudos realizados permitem-nos dizer que pessoas com um grau académico mais elevado e, consequentemente, um nível socioeconómico mais elevado, referem mais vezes fatores emocionais e comportamentais, tal como no estudo de Furnham (1994 *in* Macintyre et al., 2006), não nos possibilita inferir que uma maior instrução dos cuidadores influenciará as concepções dos adolescentes.

Será necessário salientar que vemos aqui referido a interferência do contexto familiar. Teoricamente sabemos que a família se constitui como uma das influências naquilo que os jovens conceptualizam como saúde e doença e foi sobre esse princípio que foi possível avançar com a análise e a inferência de que, realmente o nível socioeconómico dos pais assume relação com a concepção das crianças. Uma outra salvaguarda é a de que se parte do pressuposto que diferentes níveis socioeconómicos refletem um diferente acesso à informação e portanto, influenciarão de forma diferente as concepções das crianças. Assim, as diferenças aqui encontradas mostram-se importantes por permitirem constatar que existe alguma relação entre o nível socioeconómico dos cuidadores e as concepções dos cuidados.

Sobre as diferenças encontradas com um ou outro cuidador, importa referir que a categoria “sentimentos gerais de bem-estar e afetos” assume diferenças estatisticamente significativas de forma distinta para a saúde e doença. Isto é, as crianças cujo pai tem um nível socioeconómico elevado referem mais vezes esta categoria para a concepção de doença, já para a mãe estas diferenças são na concepção de saúde. A literatura não nos permite avançar com uma explicação para estas diferenças, não obstante, será interessante perceber que parecem existir diversidades na influência dos cuidadores, um mais direcionado para a concepção de doença e outro para a concepção de saúde.

Aquando do preenchimento das fichas sociodemográficas, foi possível denotar que grande parte dos cuidadores dos sujeitos da amostra se encontrava a frequentar, ou haviam frequentado, o 12º ano no programa desenvolvido *Novas Oportunidades*. Desta forma, e tendo em conta a classificação utilizada, é necessário reter que o nível sócio-económico de alguns cuidadores encontra-se numa categoria elevada por os mesmos ter o 12º ano. Assim, ainda que estes estejam atualmente desempregados ou o seu emprego seja classificado como não especializado, o nível aparente de instrução coloca-os num nível socioeconómico mais elevado. Devemos então ler estes resultados tendo em conta a condicionante aqui presente.

4.5 Diferenças de contexto

O principal foco do presente estudo está em perceber de que forma o contexto tem influência nas concepções dos adolescentes, pelo que esta hipótese parece ter sido sustentada, ainda que mereça larga discussão. Mediante a análise do contexto, foi unicamente possível avançar que, um ambiente escolar menos estimulante em ações para a saúde leva a uma maior abstenção de resposta ou a uma resposta caracterizadora de uma concepção menos estruturada ou elaborada. Tal como refere a literatura, a escola, e as ações e ambiente nelas gerado, contribuem para a formação das concepções de saúde e doença. Por outro lado, seriam esperadas diferenças ao nível das concepções e categorias que as caracterizam, o que não foi verificado. Tal poderá ser explicado por, em diversos campos da análise contextual as escolas não se apresentarem distintas. Ainda que numa análise final existam diferenças entre estes contextos, ressalvando que apenas numa categoria, essas distinções parecem não ser suficientes para moldar de forma tão diferenciada as concepções destes adolescentes. Ainda é de referir que em Portugal muito tem vindo a ser feito na promoção e educação para a saúde e por isso, as escolas portuguesas obedecem a um conjunto de ações que são obrigatoriamente desenvolvidas no contexto escolar. Verificou-se, por exemplo, uma diferença no número de projetos desenvolvidos mas na verdade, todas as escolas tinham pelo menos um projeto em ação.

É neste sentido que as correlações entre os subfactores do contexto e as categorias mencionadas nas concepções não serão valorizadas. Não é possível verificar esta relação para perceber diferenças específicas entre contextos.

Uma análise por escola foi ainda realizada no sentido de verificar diferenças tendo em conta variáveis específicas, ainda que saibamos que no geral não se apresentam grandes divergências contextuais. O que foi possível apurar é que, as análises feitas tendo em conta a variável ano de escolaridade, mostram que em todos os anos há diferenças entre a escola A e a escola B. A grelha construída no nosso estudo de forma a classificar as escolas em termos de ações para a saúde objetivou constituir-se um instrumento que não só permitisse aceder a informações ditas mais observáveis, presença de cartazes, projetos, entre outros, mas também a uma influência implícita, assente nos discursos das equipas docentes, nas ações e verbalizações diárias dos funcionários e até na forma como o professor transmite os conhecimentos académicos. Alguns estudos têm vindo a alertar para a importância destes fatores por serem também eles modeladores das concepções dos jovens, e, como tal, este foi um interesse do nosso estudo. Não obstante, a grelha construída assume limitações que a estabelecem unicamente como orientadora, não permitindo análises mais profundas

por questões metodológicas. É desta forma que não poderemos anular a possibilidade de uma influência na forma como o conhecimento é transmitido. Mais do que a presença de cartazes, as ações desenvolvidas para a saúde ou até mesmo a disponibilização de comida gratuita, devemos ter em conta a forma como estas ações são desenvolvidas, a forma como o docente comunica os conceitos teóricos referentes à saúde, a envolvimento dos alunos nas ações desenvolvidas, ou mesmo a participação ativa no desporto escolar.

Segundo o paradigma democrático (Jensen, 1997) a saúde na nossa sociedade é influenciada pelas condições e estilo de vida, em que o sujeito deve ter um papel ativo no contributo para a resolução dos seus próprios problemas, encontrando causas estruturais e pessoais e desenvolvendo competências para ultrapassar os problemas, sendo que a escola assume responsabilidade na formação dos seus alunos dando-lhes ferramentas para agir a um nível pessoal e social. Os projetos que, no contexto de sala de aula, dão espaço aos alunos para desenvolverem as suas próprias perspetivas têm tido um efeito bastante positivo no que respeita ao envolvimento destes nas questões de saúde. Contudo, e no sentido de conceder ao aluno um papel ativo, mostra-se crucial que estes participem em promoções de saúde. É conhecida a importância do desenvolvimento de ações para a saúde na construção de conceções mais complexas e holísticas, mas a existência destas por si só parecem não bastar. Estas ações pedem uma participação ativa numa combinação potenciadora de uma influência conceptual mais eficaz. Tal como um docente da disciplina de Ciências Naturais referenciou aquando da entrevista semi-estruturada, “... as ações existem! Até têm fruta gratuita, mas temos verificado que muitos alunos não sabem disso porque não é divulgado, apenas está pousada no balcão do bar”.

Uma outra análise foi realizada de forma a percebermos se existem também diferenças ao nível da idade. Toda a reflexão em torno desta variável justifica-se por assumirmos que teoricamente há uma relação entre competências adquiridas e faixa etária. Isto é, tal como referenciado na literatura o desenvolvimento cognitivo efetua-se de acordo com um crescimento também biológico e social, em que, em determinados períodos é esperado que as crianças e jovens adquiram competências específicas que lhes permite diferentes leituras do mundo.

Comparando os alunos de 12, 13 e 14 anos das duas escolas, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas. É possível então, reforçar a existência de uma influência contextual mediada pelos estímulos do ambiente escolar. De facto, estas diferenças encontradas não são melhor explicadas pela idade e consequente desenvolvimento mas parecem ser explicadas pelo ano escolar em que estas se encontram.

4.6 Questões de procedimento

Nesta fase do trabalho, torna-se pertinente salientar algumas questões relativamente à metodologia adotada, bem como acerca das dificuldades sentidas ao longo deste estudo

Primeiramente, será de salientar o facto de ter sido um único investigador a realizar a recolha de amostra, o que eliminou possíveis enviesamentos. A aplicação homogénea mostra-se então um aspeto positivo neste estudo.

Por outro lado, ressalva-se como aspeto negativo a aplicação ter sido efetuada em turmas com bastantes alunos. O controlo na execução da tarefa foi mais difícil levando a que alguns participantes não tivessem respondido à totalidade do pedido. Verificou-se também alguma dificuldade em responder às informações referentes à escolaridade e por vezes profissão dos cuidadores, o que pode estar traduzido nos resultados estatísticos que implicam esta variável.

Capítulo V – Conclusão

O trabalho que constitui esta tese de mestrado inclui a caracterização das concepções de saúde e doença em crianças saudáveis em idade escolar, bem como o estudo da influência do contexto escolar e da idade nessas mesmas concepções.

O estudo das concepções de saúde tem-se mostrado importante na constituição de programas interventivos e de promoção da saúde. Perceber de que forma as crianças e jovens conceptualizam saúde e doença tem sido o primeiro passo, logo seguido da análise de como são estas modeladas. No geral, a leitura integrada dos dados, sugere que existem relações significativas entre estas concepções e as variáveis aqui em estudo (idade e contexto escolar). Assim, concluímos que existe uma influência gerada pelo contexto escolar que não conseguimos contudo explicá-la na sua totalidade. Sabemos da sua existência, não que fatores específicos exercem esta influência!

Não obstante, tal como a literatura sugere, existe uma relação entre aquilo que conceptualizamos como saúde e doença que parece espelhar-se nos comportamentos saudáveis realizados. Assim, o conhecimento da composição destas concepções, ou seja, que características vemos mais presentes, dão pistas importantes para que se possa atuar de forma mais eficaz na modulação dos comportamentos, bem como na elaboração de programas interventivos e preventivos. É este conhecimento que permite estruturar estes programas para que a mensagem chegue de forma mais eficaz às crianças e adolescentes. Já o conhecimento dos fatores influenciadores destas concepções poderá dar indicações importantes de onde estes programas podem ser implementados, que contextos devem visar.

A educação e promoção para a saúde tem incidido sobre duas principais premissas, uma mudança a nível individual ou a nível de grupo, a população (Syme, 1994 *in* Frohlich e Potvin, 1999). A mudança grupal é aquela que tem vindo a ganhar cada vez mais destaque e por isso as intervenções deverão centrar-se na mudança do contexto em detrimento de mudanças individuais. Efetivamente, o que acontece é que há sempre novos sujeitos a entrar nas escolas portuguesas e outros tantos a sair das mesmas. Assim, quando as mudanças ocorrem no contexto, ocorrem de forma quase permanente no sentido em que estas existirão para lá das flutuações anuais e consequentes da entrada e saída de alunos. No sentido das observações feitas na presente investigação, e referindo alguns aspetos que deveriam ser considerados em futuros estudos a desenvolver nesta área, primeiramente sugere-se o aperfeiçoamento da grelha orientadora aqui desenvolvida de forma a poder ser base de estudo para os subfactores contextuais mais relevantes.

Concomitantemente, salientam-se algumas limitações ao planeamento efetuado. A falta de um instrumento que permitisse avaliar o desenvolvimento cognitivo da amostra não permitiu a inferência de uma relação entre este e as conceções de saúde como já alguns estudos têm vindo a fazer. Contudo, teve-se em atenção este aspeto, eliminando inclusive um sujeito a beneficiar de ensino especializado. Em investigações futuras será essencial controlar esta variável para que não haja a interferência da mesma no estudo da influência do contexto escolar.

Outras limitações pertinentes a referir são o tamanho da amostra e a não representatividade da mesma. Na base do número de participantes estiveram os constrangimentos de obtenção de autorizações tanto pelas instituições de ensino contactadas, como, posteriormente, pela obtenção das autorizações de participação enviadas a cada sujeito e seus encarregados. Não sendo possível generalizar os resultados encontrados com esta amostra, estes são essenciais no conhecimento que esta investigação trouxe para as duas escolas participantes. As ações para a saúde desenvolvidas em ambas as escolas são valorizadas no sentido em que alertam os alunos para o que é ser saudável ou doente, contudo, algumas dessas ações podem não estar a surtir o efeito desejado numa mudança conceptual mais profunda.

Relativamente à recolha e tratamento de dados, considera-se que o método misto aqui usado é enaltecido por, por um lado salvaguardar a uniformização das investigações deste projeto mais amplo, e por outro, não desprezar a riqueza de uma análise qualitativa. De facto, para que os dados possam ser usados por todos os investigadores, e comparados é necessário que haja uma standardização quanto aos instrumentos e tratamento da informação. Ainda que esta investigação não tenha feito uso de outras amostras já recolhidas, a amostra usada nesta investigação poderá ser analisada noutras do mesmo projeto.

Para finalizar, sugere-se especial atenção para a diferença entre género, que a literatura tem descuidado.

Capítulo VI – Referências Bibliográficas

- Academia das Ciências de Lisboa & Fundação Calouste Gulbenkian (2001). *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea*. Lisboa: Verbo Editores, vol. 1 e 2
- Andrade, M. C. (1997). *Abordagem psicossocial dos comportamentos orientados para a saúde - Estudo dos preditores da aceitação e da rejeição do Diagnóstico Pré-Natal*. Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica, perspectiva desenvolvimentista*. (2ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Blaxter, M. (2010). *Health. Key Concepts*. (2ª Ed.). Cambridge: Polity Press.
- Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. British Library Cataloguing: Data Publications.
- Boruchovitch, E. & Mednick, B. R. (1997). Diferenças transculturais nos conceitos de saúde e doença de crianças. *Revista de Saúde Pública*. Faculdade de Saúde Pública: São Paulo, (31) 5, 448-456
- Campos, C. J. G. (2004) Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Bras. Enferm.*, vol. 57, 5, 611-614
- Crivello, G., Camfield, L, & Woodhead, M. (2009) *How can children tell us about their wellbeing?* Exploring the potential of participatory research approach within Young Lives. Oxford: Department of International Development, 90, 51-70.
- Daigle, K., Edward, H. & Humphries, C. (s/d). *Children's understanding of health and health-related behavior: the influence of age and information source*. Southeastern Louisiana University, pp. 237-247
- Dietrich, E. & Markman, A. B. (2000). *Cognitive Dynamics. Conceptual and Representational change in humans and machines*, USA: Copyright

- Eiser, C. (1989). *Children's concepts of illness: towards an alternative to the "stage" approach*. Psychology and health. Londres: Harwood Academic Publishers, 3, pp. 93-101
- Faria, H. A. & Carvalho, G. C. (2004). Escolas promotoras de saúde: fatores críticos para o sucesso da parceria escola-centro de saúde. *Promoção da Saúde*. (22) 2, 79-90
- Fitzpatrick, R., Hinton, J., Newman, S., Scambler, G. & Thompson, J. (1984) The experience of illness (1ª Ed.). Londres: Tavistock Publications Ltd
- Freitas, E. & Martins, I. (s/d). *Concepções de saúde no livro didático de ciências*. Programa de Pós-graduação Educação em Ciências e Saúde, Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde Universidade Federal do Rio de Janeiro
- Frohlich, K. L., Potvin, L., Chabot, P. & Corin, E. (2002). *A theoretical and empirical analysis of context: neighbourhoods, smoking and youth*, Social Science e Medicine, 54, pp . 1401 - 1417
- Jensen, B. B. (1997) A case of two paradigms within health education. *Health Education Research: Theory and Practice*. Oxford University, (12)4, 419-428
- Jourdan, D., Namara, P., Simar, C., Geary, T. & Pommier, J. (2010) Factors Influencing the contribution of staff to health education in schools. *Health Education Research*. Oxford University Press, pp. 1-12
- Kalish, C. W. (1999) What young children's understanding of contamination and contagion tells us about their concepts of illness. In Siegal, M & Peterson, C. (editors) *Children's Understanding as biology and health*, pp. 99-130, United Kingdom: Cambridge University press
- Konu, A. I., Lintonen, T. P. & Rimpelä, M. K. (2002) Factors associated with schoolchildren's general subjective well-being. *Health Education Research: Theory and Practice*. (vol.17). Oxford University Press, 2: 155-165

- Krumeich, A., Weijts, W., Reddy, P. & Meijer-Weitz, A. (2001). *The benefits of anthropological approaches for health promotion research and practice*. Health Education Research: Theory and Practice (vol. 16). Oxford University, 2, pp. 121-130
- Law, I. & Widdows, H. (2007). Conceptualising Health: Insights from the Capability Approach. *Health Care Anal* (vol. 16), pp. 303 – 314
- MacGregor, A. & Currie, C. (1998). *Eliciting the views of children about health in schools through the use of the draw and write technique*. Health Promotion International. Grã-Bretanha: Oxford University Press, (13)4, pp. 307-318
- Macintyre, S., McKay, L. & Ellaway, A. (2006). *Lay concepts of the relative importance of different influences on health; are there major socio-demographic variations?* Health Education Research: Theory and Practice. Oxford University, (21)5, pp. 731-739
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C. & Sykes, C. M. (2005). *Health psychology. Theory, research and practice* (2^a Ed.), London: SAGE publications Inc.
- Milburn, K. B. & McKie, L. (1999) A critical appraisal of the draw and write technique. *Health Education Research, theory and practice* (vol.14), 3, pp. 387-398
- Ministério da Educação (2004) *Organização curricular e Programas*. (4^a Ed.). 1^o Ciclo, Ensino Básico acedido em www.min-edu.pt.
- Ministério da Educação (s/d) *Currículo Nacional do Ensino Básico. Competências Essenciais* acedido a 12 de março de 2011 em <http://www.min-edu.pt>
- Murphy, D. (2008) *Conceptions of disease and health. The Stanford Encyclopedia of Philosophy* acedido em <http://plato.stanford.edu/archives/sum2009/entries/health-disease/>
- Morrow, V. (2001). *Using qualitative methods to elicit young people's perspectives on*

their environments: some ideas for community health initiatives. Health Education Research, Oxford: Oxford University Press, 16 (3), 255-268

Onyango-Ouma, W., Aagaard-Hansen, J. & Jensen, B. B. (2004) *Changing concepts of health and illness among children of primary school age in Western Kenya*. Health Education Research, Oxford: Oxford University Press, 19 (3), pp. 326 - 339

Organização Mundial da Saúde & Direção-Geral da Saúde (2004) *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa

Organização Mundial da Saúde (2003) Escolas Promotoras de Saúde. *Fortalecimento da Iniciativa Regional, Estratégias e Linhas de Ação 2003-2012*.

Piaget, J. (1967) *O Raciocínio na Criança*. (2ª Ed.). Brasil: Editora Record, trad. Valerie Rumjanek Chaves

Piko, B. F. & Bak, J. (2006) Children's perceptions of health and illness: images and lay concepts in preadolescence. *Health Education Research: Theory and Practice*, (21)5, 643-653

Portaria nº 655 (2008), *Diário da República*, 1.ª série — N.º 143

Promoção e Educação para a saúde, Ensino Secundário – Competências transversais (s/d)

Reeve, S. & Bell, P. (2009). *Children's Self-documentation and Understanding of the 'Healthy' and 'Unhealthy'*. London: University of Washington, 31 (14), pp. 1953 - 1974

Ribeiro, J. (1998) *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Ribeiro, J. (2005a) *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto

Ribeiro, J. (2005b) *O Importante é a Saúde*. Lisboa: Fundação Merck Sharp e Dohme

Rodríguez-Marín, J; Román, C. J.; Marcos, Y. Q. & Sebastián, M. J. (2003). Concepto de salud y enfermedad en la infância *In* Quiles, J. M.; Sebastián, M. J. & Carrillo, F. X. (coord.) *Manual de Psicología de la Salud con niños, adolescentes y Familia*, pp. 29 – 39, Espanha: Ediciones Pirámide

Schmidt, L. R. & Fröhling, H. (2007) Lay concepts of health and illness from a developmental perspective. *Psychology and Health*, (15) 2, 229 — 238

Sigel, I. E. (1985). *Parental belief systems : the psycological consequences for children*. Hillsdale : Lawrence Erlbaum Associates

Siirala, M. (s/d) Our Changing Conception of Illness. *Journal of Religion and Health*, pp. 105 – 118

Sixsmith, J et al. (2007) Childrens', parents' and teachers' perceptions of child wellbeing. *Health Education*, (10)6, 511-523

Smith, A. B., Gaffney, M. & Nairn, K. (2004) Health rights in secondary schools: student and staff perspectives. *Health Education research: Theory and Practice*, (19)1, 85-97

Smith, P., Cowie, H. & Blades, M. (1998) *Understanding Children's Development*. (3ª Ed.). Great Britain: Copyright

Referências consultadas através da Internet:

[Http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1_531.html](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1_531.html), em 10 de julho de 2010.

[Http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/index.html](http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/index.html), em 11 de dezembro de 2010.

Anexos

Anexo A

Classificação do nível socioeconómico dos cuidadores em função da profissão e grau de instrução

Classificação do nível socioeconómico dos cuidadores em função da profissão e grau de instrução

Grau de instrução	Profissão								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sem estudos	C2								
1º Ciclo									
2º Ciclo									
3º Ciclo	A/B				C1				
11º/12º Anos									
Cursos médios									
Cursos Superiores									

1.Quadros superiores; 2. Profissões liberais; 3. Pequenos e médios proprietários; 4. Quadros médios; 5. Empregados de escritório; 6. Outros empregados de serviços; 7. Operários especializados; 8. Operários não especializados; 9. Agricultores, pesca, pecuária, desempregados, estudantes e reformados, domésticas

A/B – Nível socioeconómico Alto; C1- Nível socioeconómico Médio Alto; C2 Nível socioeconómico Médio; D + E – Nível socioeconómico Baixo

Anexo B

Questionário sócio-demográfico

Questionário Sócio-demográfico

I. Aluno

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

II. Agregado Familiar

Habilitações literárias dos pais (Assinala com um X)

	Pai	Mãe		Pai	Mãe
1º Ciclo do Ensino Básico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frequência do Ensino Superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2º Ciclo do Ensino Básico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3º Ciclo do Ensino Básico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mestrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11º/12º Ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doutoramento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Profissão dos pais

Pai:

Mãe:

III. Saúde

1. Tens dificuldades: visuais ☐ auditivas ☐ motoras ☐ outra(s) ☐

Qual / quais? _____

2. Alergia (s): _____

3. Doença crónica: não ☐ sim ☐ qual? _____

4. Cuidados especiais de saúde: _____

5. No último mês conviveste com alguém doente? Se sim que doença teve/tem?

Anexo C

Grelha de análise de acções para a saúde no contexto escolar

Grelha de análise de acções para a saúde no contexto escolar *Conteúdo Observacional:*

- Tipo de comida existente na cantina e bar
 - Fruta, vegetais, prato de peixe e carne, álcool (mesmo que apenas para consumo dos professores) ...
 - Comparação do preço da comida saudável (por ex, sumo natural) com comida não saudável (por ex, sumo gaseificado).
- Venda de tabaco
- Permissão para fumar dentro da escola
- Promoção de actividades de lazer e desporto
 - Cartazes divulgativos, espaço físico adequado ao exercício físico/desporto (como é esse espaço físico?)
 - Actividades extra curriculares
- Higiene
 - . Sabonete e papel higiénico nos WC, limpeza dos WC, lavatório na cantina, estado dos bebedouros (se existentes)
- Relações entre os pares
 - Guerrilhas, *bullying*, violência física e/ou verbal

Entrevista Semi-estruturada

Funcionários:

- Existe algum médico ou profissional de saúde disponível para os alunos?
- Há alguma parceria com o centro de saúde da zona da escola?
- Costumam fazer reprimendas de comportamentos menos adequados como lutar ou destruir material escolar?
- Quanto à alimentação, também existe este tipo de represália verbal. Por exemplo, focando que não comeram tudo ou que beber bebidas com gás faz mal!

Profissional de Saúde (enfermeiro):

- Recorrem frequentemente ao apoio especializado para esclarecimento de dúvidas? Quais os temas mais frequentes? Pedem apoio para situações pessoais?

Psicólogo:

- Verifica-se predominância de alguma doença mental? Tem vindo a notar depressão nos alunos?

Professores:

- Costumam existir momentos de convívio entre alunos e professores? Pedir um exemplo. E nas actividades programadas pela escola até que ponto há a adesão da equipa docente? Os auxiliares de educação também costumam ser envolvidos nestas actividades?

- Há casos de Bullying?

- Existência de iniciativas que reclamem a presença das famílias na escola?

- A escola tem vindo a desenvolver algum projecto de promoção de saúde? Como classificaria o grau de envolvimento dos alunos?

- Quando debatidos assuntos de especial interesse para os alunos, como por exemplo, a sexualidade, é concebido um espaço para discussão destes assuntos ou a informação obedece a uma lógica de exposição oral sem discussão? Com que frequência são os alunos a trazer assuntos do seu interesse para a aula? Que temas são mais comuns? Há debate destes temas?

Anexo D

Autorização para participação na investigação

Projecto de investigação sobre representação de si da criança/adolescente com doença crónica

Está em curso um estudo com crianças e adolescentes com doença crónica, em que se procura analisar os efeitos psicológicos da doença crónica nas crianças e adolescentes e identificar factores que podem contribuir para uma melhor adaptação.

Neste sentido, solicita-se à criança a elaboração de um desenho de uma pessoa saudável e outro de uma pessoa doente. É pedido ainda que a criança escreva, ou diga, algumas frases sobre o que é estar doente e o que é estar saudável. São também pedidos à mesma, alguns dados demográficos (profissão dos pais e escolaridade) e de saúde (existência ou não de alguma doença, qual doença e quando esta ocorreu).

Este estudo faz parte dos esforços para melhorar os cuidados prestados a crianças e adolescentes com doença crónica. Neste sentido torna-se necessário comparar os dados das crianças/adolescentes com doença crónica com os dados das crianças/adolescentes sem doença. Para isso, a colaboração do seu filho(a) é da maior importância.

No âmbito do projecto de investigação, realizado por Ana Rita Cabral Ferreira (Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto), sob orientação da Professora Doutora Marina Serra de Lemos (Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto), eu

....., declaro que autorizo a participação do(a) meu (minha) filho(a) no estudo sobre representação de si da criança/adolescente com doença crónica.

Tenho conhecimento de que os dados recolhidos durante este estudo serão estritamente confidenciais, sendo utilizados apenas para fins de investigação e de que a participação do meu (minha) filho (a) será voluntária, podendo interromper este consentimento a qualquer momento e sem qualquer consequência.

Porto, de, de 20...

(Assinatura)

Anexo E

Autorização para participação na investigação

Projecto de investigação sobre representação de si da criança/adolescente com doença crónica

Está em curso um estudo com crianças e adolescentes com doença crónica, em que se procura analisar os efeitos psicológicos da doença crónica nas crianças e adolescentes e identificar factores que podem contribuir para uma melhor adaptação.

Neste sentido, solicita-se à criança a elaboração de um desenho de uma pessoa saudável e de outro de uma pessoa doente. É pedido ainda que a criança escreva, ou diga, algumas frases sobre o que é estar doente e o que é estar saudável. Alguns dados são também pedidos à mesma no sentido de melhor compreender as suas respostas. Entre eles refere-se dados demográficos e de saúde, por exemplo, a existência ou não de alguma doença.

Este estudo faz parte dos esforços para melhorar os cuidados prestados a crianças e adolescentes com doença crónica. Neste sentido torna-se necessário comparar os dados das crianças/adolescentes com doença crónica com os dados das crianças/adolescentes sem doença. Para isso, a colaboração do seu filho(a) é da maior importância.

No âmbito do projecto de investigação, realizado por Ana Rita Cabral Ferreira (Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto), sob orientação da Professora Doutora Marina Serra de Lemos (Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto), eu

.....
....., declaro que **não autorizo** a participação do(a) meu (minha) filho(a)
....., no estudo sobre representação de si da criança/adolescente com doença crónica.

Porto, de, de 20...

.....

(Assinatura)

Anexo F

Manual de Cotação, o estudo das concepções da criança acerca da saúde e doença analisadas através da escrita e representação gráfica

Lígia Lima & Marina S. Lemos (2008)

Manual de Cotação, o estudo das concepções da criança acerca da saúde e doença
analisadas através da escrita e representação gráfica (versão abreviada)

Lígia Lima & Marina S. Lemos (2008)

Categorias para o conceito de saúde:

- S1: “não sei, resposta circular ou incompreensível”
- S2: “participação em práticas preventivas ou de manutenção de saúde”
- S3: “não estar doente, ausência de problemas ou ameaças de saúde ou sintomas”
- S4: “ausência da necessidade de realizar medidas terapêuticas”
- S5: “capacidade para se fazer as actividades exigidas ou desejadas”
- S6: “sentimentos gerais de bem-estar e afectos”

Categorias para o conceito de doença:

- D1: “não sei, resposta circular ou incompreensível”
- D2: “falta de participação em práticas preventivas ou de manutenção de saúde”
- D3: “não estar saudável, presença de problemas ou ameaças de saúde ou sintomas”
- D4: “necessidade de realizar medidas terapêuticas”
- D5: “incapacidade para se fazer as actividades exigidas ou desejadas”
- D6: “sentimentos gerais de bem-estar e afectos”
- D7: “vantagens e sentimentos agradáveis”